FACULTE DE MEDECINE DE DIJON

Année 1977 - N° 122

LES ETATS-UNIS FACE A L'IMMIGRATION DES MEDECINS ETRANGERS

THESE

présentée

à la Faculté de Médecine de DIJON

et soutenue publiquement le 15 novembre 1977

pour obtenir le gradedde Docteur en Médecine

par

Loïc ABRIC

né le 16 juin 1953

à Dijon

FACULTE DE MEDECINE DE DIJON

Année 1977 - N*

LES ETATS-UNIS FACE A L'IMMIGRATION DES MEDECINS ETRANGERS

T H E S E

présentée

à la Faculté de Médecine de DIJON

et soutenue publiquement le 15 novembre 1977

pour obtenir le gradedde Docteur en Médecine

par

Loïc ABRIC

né le 16 juin 1953

à Dijon

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

LES ETATS UNIS
FACE A
L'IMMIGRATION
DES MEDECINS ETRANGERS

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546819_0025

PERSONNEL DE LA FACULTE

M. J. B. BOUHEY : Doyen
M. A. MARIN : Assesseur
M. R. PUTELAT : Assesseur
M. J.P. DIDIER : Assessaur
M. J. GUERRIN : Assesseur

M. J. GUYOT : Professeur Honoraire
M. F. BARON : Professeur Honoraire
Mlle G. PALLOT : Professeur Honoraire

Professeurs titulaires

Anatomie et organogénèse : P. BARRY

Anatomie pathologique : R. MICHIELS

Biochimie : P. PADIEU

Biophysique : P. GAILLIARD

Carcinologie : F. CABANNE, Doyen Honoraire

Clinique Chirurgicale: H. VIARD

Clinique Médicale : P. CORTET

Clinique gynécologique et obstétricale : J. JAHIER

Clinique Médicale infantile : M. ALISON

Clinique neuropsychiatrique : J. BALLIVET

Hépatologie - gastro entérologie : Cl . KLEPPING

Histologie : G. RUCART

Maladies infectieuses : F. DESTAING

Médecine légale et toxicologie : A. MARIN

Pathologie chirurgicale : C. FERRY

Pathologie médicale : R. PUTELAT

Physiologie : J . KLEPPING

Sémiologie médicale : J.B. BOUHEY.

Professeurs sans chaires

Biochimie : J. DEDREUX

Carcinologie : J. GUERRIN

Hématologie et Maladies du sang : A. DUZER

Médecine préventive et Santé Publique, Hygiène : M. CARON

Parasitologie : Mme Y. ROUGET

Chirurgie générale : P. AUPECLE

Radiologie (diagnostic) : J. P. MABILLE

Maitres de Conférences Agrégés

Anatomie et Organogénèse : J. M. AUTISSIER

Anesthésiologie : B. CAILLARD

M. WILKENING

Bactériologie, virologie : A. KAZMIERCZAK

Chirurgie générale : S. BRIET

G. PIGANIOL

Chirurgie thoracique et cardio-vascualire : M. DAVID

Gynécologie et obstétrique : J.P. FELDMAN

Hématologie et Maladies du sang : J. BONHOMME

Mathématiques, statistiques informatique médicale : Mme L. DUSSERRE

Médecine expérimentale, Immunologie : F. MARTIN

Médecine interne : M. GAUDET

P. LOUIS

Néphrologie : G. RIFLE

Neurochirurgie : A. THIERRY

Neurologie : R. DUMAS

Orthopédie, Traumatologie, Chirurgie plastique et reconstructive : P. GRAMMONT

Parasitologie : P. CAMERLYNCK

Pédiatrie et Génétique Médicale : J. L. NIVELON

Pharmacologie : A. ESCOUSSE

Physiologie : J.P. DIDIER

Pneumologie, Phtisiologie : L. JEANNIN

Psychiatrie : P. TRAPET

Radiologie, radiodiagnostic : M. WEILLER
D. BINNERT

Radiologie, radiothérapie : J.C. HORIOT

Rhumatologie : J. STRAUSS

Agrégés libres

Dermatologie, Vénéréologie : J.L. CHAPUIS

Ophtalmologie : P.G. MOREAU

La Faculté de Médecine de Dijon déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

JURY DE LA THESE

Président : Professeur CARON

Membres : Professeur MARIN

Prefesseur DESTAING

Professeur MABILLE

A mes parents,

Avec l'expression de ma reconnaissance et de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur CARON

Président de thèse,

qui m'a toujours apporté son aide et m'a entouré de conseils bienveillants.

Qu'il trouve ici l'expression de ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur MARIN,

dont j'ai pu bénéficier de l'enseignement tout au long de mes études et que j'ai eu l'honneur de connaitre au sein du Conseil de la Faculté de Médecine.

Qu'il trouve ici l'expression de mes vifs remerciements.

A Monsieur le Professeur DESTAING

Qui m'a fait découvrir l'histoire de la médecine et que j'ai eu l'honneur de connaitre au sein du Conseil de la Faculté de Médecine.

Qu'il trouve ici l'expression de ma grande reconnaissance.

A Monsieur le Professeur MABILLE

qui m'a fait partager son intérêt dans l'enseignement de la radiologie et que j'ai eu l'honneur de connaitre au sein du Conseil de la Faculté de Médecine.

Qu'il trouve ici l'expression de ma haute considération.

SOMMAIRE

Avant-Propos	Page I
Introduction	Page 2
Première partie : "Caractéristiques des médecins étrangers immigrant aux U.S.A"	Page IO
Deuxième partie : "Répartition des médecins étrangers à travers les U.S.A. en fonction de leur mode d'exercice".	Page 30
Troisième partie : "Problèmes socio-économiques et culturels posés par ces médecins étrangers".	Page 60
Conclusion	Page 87
Bibliographie	Page 94

AVANT PROPOS

Il n'est pas fait cas dans cette étude des étudiants américains qui faute d'être reçus dans une Faculté de Médecine chez eux, vont à l'étranger et reviennent ensuite aux U.S.A. soit en cours d'études, soit par l'intermédiaire de L'E.C.F.M.G.
Ces étudiants sont et restent américains et ne font donc pas partie des "foreign medical graduates". (F.M.G.)

D'autre part, ne sont pas inclus dans les différents chiffres des F.M.G. cités dans cette étude, les médecins canadiens qui sont assimilés à leurs confrères américains.

INTRODUCTION

La première école de Médecine Américaine fut fondée à PHILADELPHIE en I765. En I800, quatre écoles de Médecine avaient déjà formé 298 médecins. Cependant, I0 % seulement des médecins américains sortaient de telles écoles alors que 80 % d'entre eux s'étaient approprié eux-même, le titre de médecin, sans avoir suivi aucun cours.

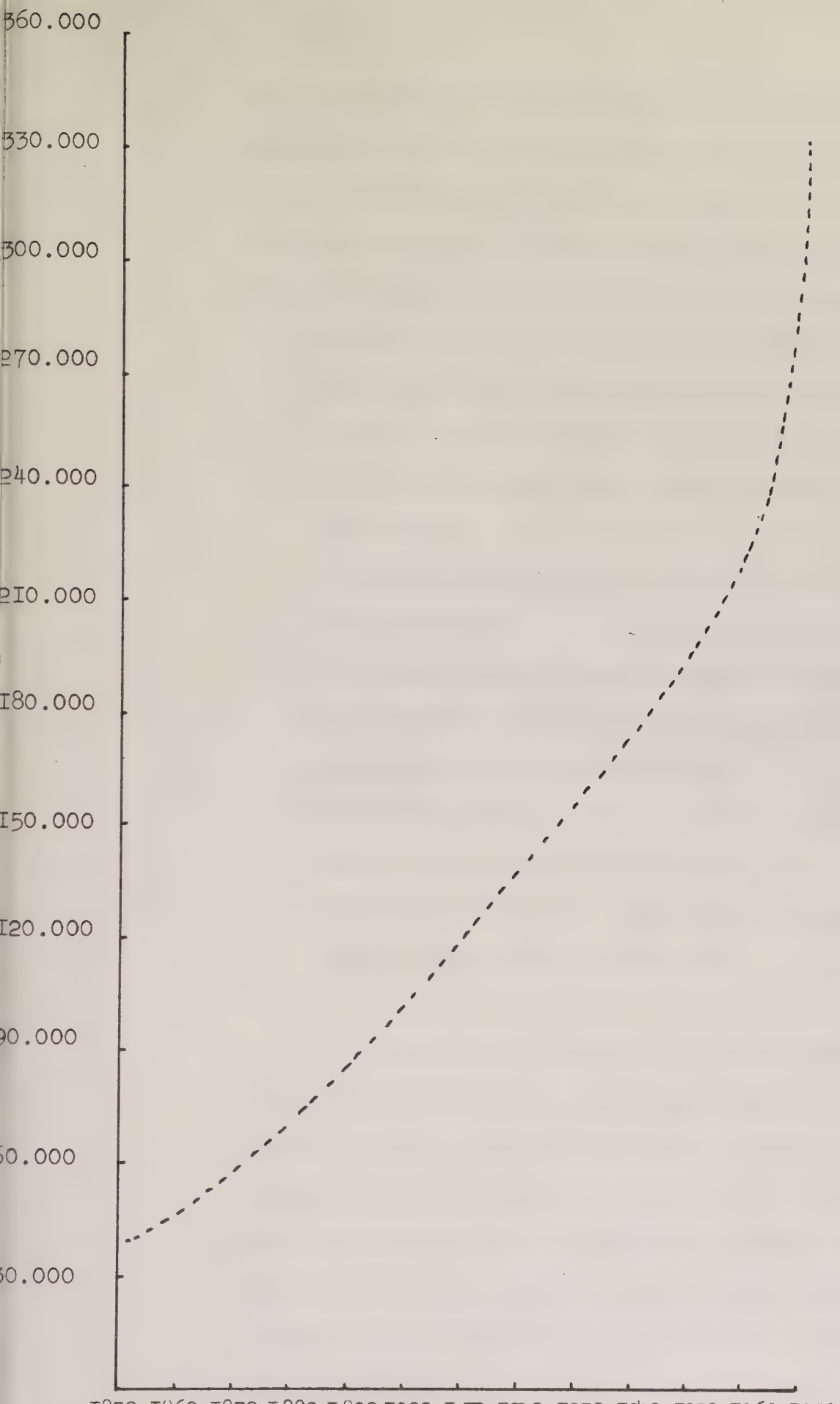
En I948, fut crée l'Association Médicale Américaine (A.M.A) qui, l'année suivante établit un comité d'Education Médicale devant prendre en charge la création d'un curriculum des études médicales. En I859, la NORTHWESTERN University Medical School à CHICAGO adoptait pour la première fois un tel système, et en I893, la JOHNS HOPKINS University Médical School de BALTIMORE fut la première Faculté de Médecine à exiger de ses étudiants une formation générale par l'intermédiaire d'études dans des collèges avant d'entrer pour quatre ans, dans un cycle général d'études médicales.

Cependant, malgré le développement des Facultés de Médecine, la création de l'Association of American Medical Colleges" (A.A.M.C.) en I876, la restructuration de l'AM.A. en I90I, l'enseignement de la médecine apparaissait comme anachronique. Il fallut attendre I9I0 pour que les différents processus d'éducation médicale soient harmonisés à travers tout le pays, suite à une étude établie en deux ans par Abraham FLEXNER, biologiste, à la demande de la "CARNEGIE Fondation" et l'AM.A. (I).

La porte était ouverte au développement des Facultés de Médecine à travers le pays et alors que le nombre de médecins en I850 était de 40.755, ils étaient II9.749 en I900, 2I9.997 en I950 et 334.028 en 1970 (voir tableau N° I) (2).

L'immigration des médecins étrangers aux U.S.A. ne commença à se faire sentir qu'à la suite de la seconde guerre mondiale. La première mesure visant à juger les connaissances professionnelles de ces médecins désireux de venir aux U.S.A. fut l'établissement d'une liste de 39 facultés de Médecine, en majorité européennes, choisie en fonction de la qualité de l'enseignement médical sensiblement identique à celui prodigué aux U.S.A. Cette liste dressée par le "Council on Médical Education" de l'A.M.A. et l'"Executive Council" de l'A.A.M.C. s'avera bientôt inadéquate, un nombre de plus en plus important de médecins étrangers venant de facultés situées dans le reste du monde (3).

En I954 était créé par un comité de représentants de l'A.M.A, de l'A.A.M.C, de"l'American Hospital Association" et de la "Fédération of State Medical BOARDS", l'"Educational Council for foreign medical graduates (E.C.F.M.G), organisme chargé dès I958, de vérifier les connaissances médicales de tout foreign médical graduate (F.M.G.) voulant soit venir aux U.S.A. exercer en pratique libérale, soit afin de parfaire



Nombre de médecins aux U.S.A.

Période 1850 - 1970

Tableau N° I

une formation professionnelle par l'acquisition d'une spécialité qu'il pratiquerait soit aux U.S.A. soit dans son pays d'origine. Le 30 juin 1974, l'E.C.F.M.G. fusionnait avec la "Commission on foreign medical graduates" dont la mission était la suivante :

- I°) donner toutes informations aux médecins étrangers sur les conditions d'admission aux U.S.A. et sur les différents aspects de la médecine.
- 2°) Evaluer les aptitudes professionnelles de ces F.M.G.
- 3°) Etudier leurs besoins propres tant professionnels que culturels.
- 4°) Les aider dans l'établissement d'une politique d'éducation médicale et de programmes propres à satisfaire à leurs besoins.
- 5°) Etudier, mettre à jour et diffuser toutes informations concernant les F.M.G.
- 6°) Assister les autres organismes s'occupant également des problèmes des F.MG.

Afin donc d'évaluer les aptitudes professionnelles de ces F.M.G, un examen semi-annuel était proposé dans un certain nombre de centres aux U.S.A. et dans le reste du monde, examen devant lequel tout médecin étranger ayant terminé ses études dans une Faculté de Médecine inscrite sur la liste publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé (4) pouvait se présenter. Cet examen durait un jour, divisé en deux sessions : une première session le matin, de trois heures et demie, une deuxième session l'après-midi de trois

heures, suivie par un examen de langue anglaise de une heure et demie environ, une heure de repos séparant la session du matin de celle de l'après-midi. La partie médicale de cet examen, durant donc six heures et demie consistait en une série de 360 questions à choix multiple (Q.C.M.) couvrant pratiquement toutes les matières enseignées au cours des études médicales, 5/6 de ces questions portant sur la médecine interne, la chirugie, la gynécologie-obstétrique, la pédiatrie et I/6 sur les sciences fondamentales type anatomie, biochimie, physiologie, microbiologie. L'examen de langue anglaise quant à lui, était à la fois oral et écrit, une première partie étant elle, entièrement écrite (I). Un score de 75 points était requis afin d'être reçu et autorisé à demander un visa pour les U.S.A.

Cependant, de récents amendements à la loi sur l'immigration et l'admission des médecins aux U.S.A. votés par le Sénat et la Chambre des Députés en I976 (5) ont profondément modifié les critères d'admission établis par l'E.C.F.M.G. Les F.M.G. sont maintenant obligés de passer, à partir de cette année 1977, la première et la deuxième partie du "National board of medical examiners examination" (examen terminal de fin d'études des étudiants en médecine américaine) ou l'équivalent déterminé par le Ministère de la Santé (Département of health, education and welfare) D.H.E.W. Cet examen appelé "visa qualifying examination" (V.Q.E) en raison de l'obligation de tout médecin étranger d'y être reçu avant de pouvoir demander un visa, va être proposé aux

candidats pour la première fois le 7 et 8 septembre 1977, en deux jours, car il comporte sur le même modèle que l'E.C.F.M.G, 500 questions concernant les sciences fondamentales et 450 questions concernant les sciences cliniques. Cet examen sera suivi d'un examen d'anglais à la fois oral et écrit. Néanmoins, l'E.C. F.M.G. sera toujours proposé aux candidats deux fois par an, puisque le Ministère de la Santé a récemment demandé au gouvernement de lever certaines restrictions afin de permettre qu'un petit nombre bien défini de F.M.G. entre aux U.S.A. au titre de "Exchange visitor foreign medical graduate" (E.V.F.M.G) jusqu'au 30 juin 1978, sans avoir à passer le V.Q.E. (6). Cette question concernant les E.V.F.M.G. vise à mettre en évidence le rôle particulier qu'ont joué les différentes lois sur l'immigration des médecins étrangers ces 25 dernières années. Initialement, ces lois distinguaient deux catégories de visa :

- l'"Immigrant visa" pour les personnes envisageant de faire carrière et de rester vivre aux U.S.A.
- l'"Exchange visitor visa" pour les personnes résidant de façon temporaire aux U.S.A. et devant rentrer dans leur pays d'origine.

Avant I965, le nombre d'immigrés était fonction de quotas imposés à chaque pays (loi de I952). Les médecins originaires de pays comme la Grande Bretagne à larges quotas pouvaient immigrer librement avec un "immigrant visa" alors que ceux originaires de pays à

petits quotas comme les Philippines, l'Inde, la Corée du Sud étaient tenus à prendre un "exchange visitor visa".

Les lois sur l'immigration de I965 (public law 80-236) abolissaient le régime des quotas attribués à chaque pays par un système beaucoup plus souple favorisant certaines professions priviligiées indépendamment de leur pays d'origine.

Les lois sur l'immigration de I970 (public law 9I-225) abolissaient, elles, l'obligation qui était faite à tout médecin étranger porteur d'un "exchange visitor visa" et désirant acquérir un "immigrant visa" de quitter pendant deux ans les U.S.A. avant de pouvoir faire une demande d'immigrant (7).

Il va sans dire que ces lois allaient avoir des répercussions très importantes sur la politique d'immigration des médecins étrangers, répercussions qui seront analysées dans cette étude.

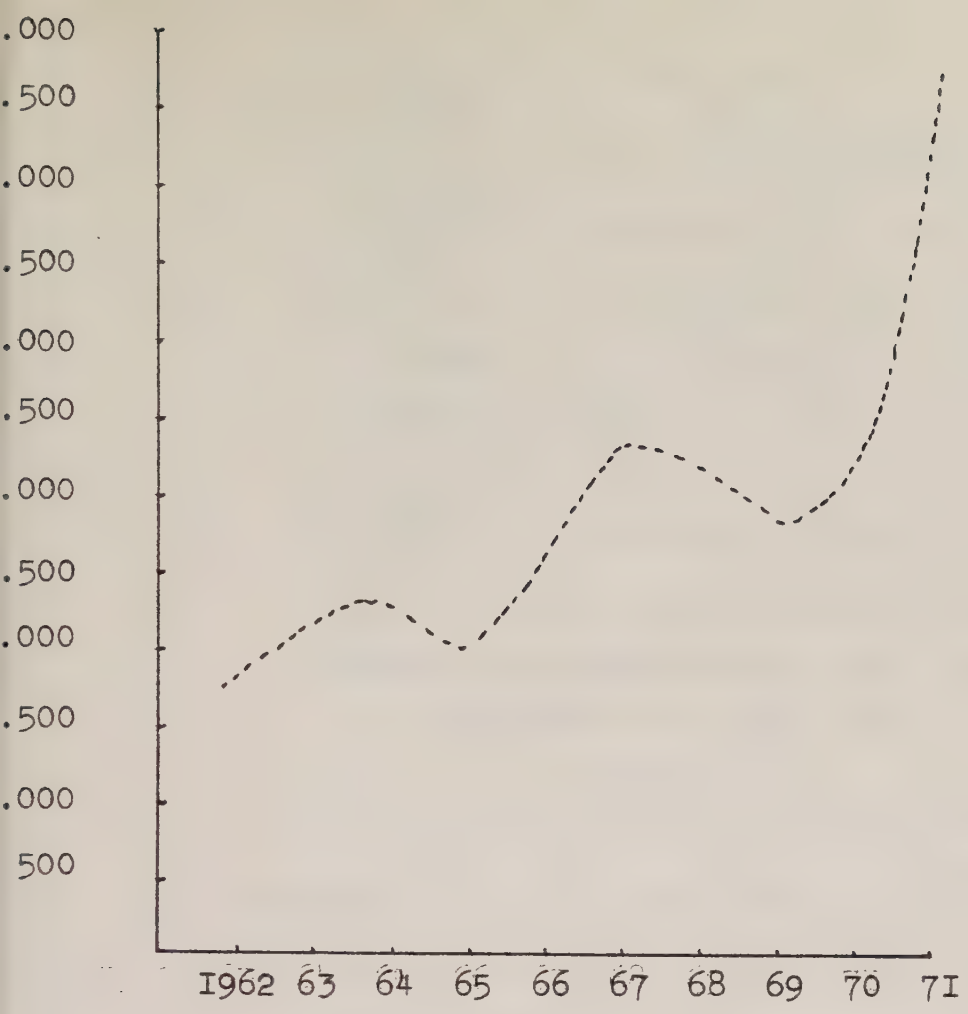
PREMIERE PARTIE

"Caractéristiques des Médecins étrangers immigrant aux U.S.A."

Alors qu'en 1963, sur l'ensemble des médecins aux U.S.A, 86,3 % d'entre eux sortaient d'une faculté de médecine américaine, I2,2 % venaient d'une Faculté de Médecine étrangère et 2,I % d'une Faculté canadienne, en I967, I5 % des médecins étaient des F.M.G. et en I973, la proportion des médecins américains était descendue à 78,8 %, celles des F.M.G. montait à I9,5 %, tandis que celle des médecins canadiens diminuait légèrement (I,7 %) (2).

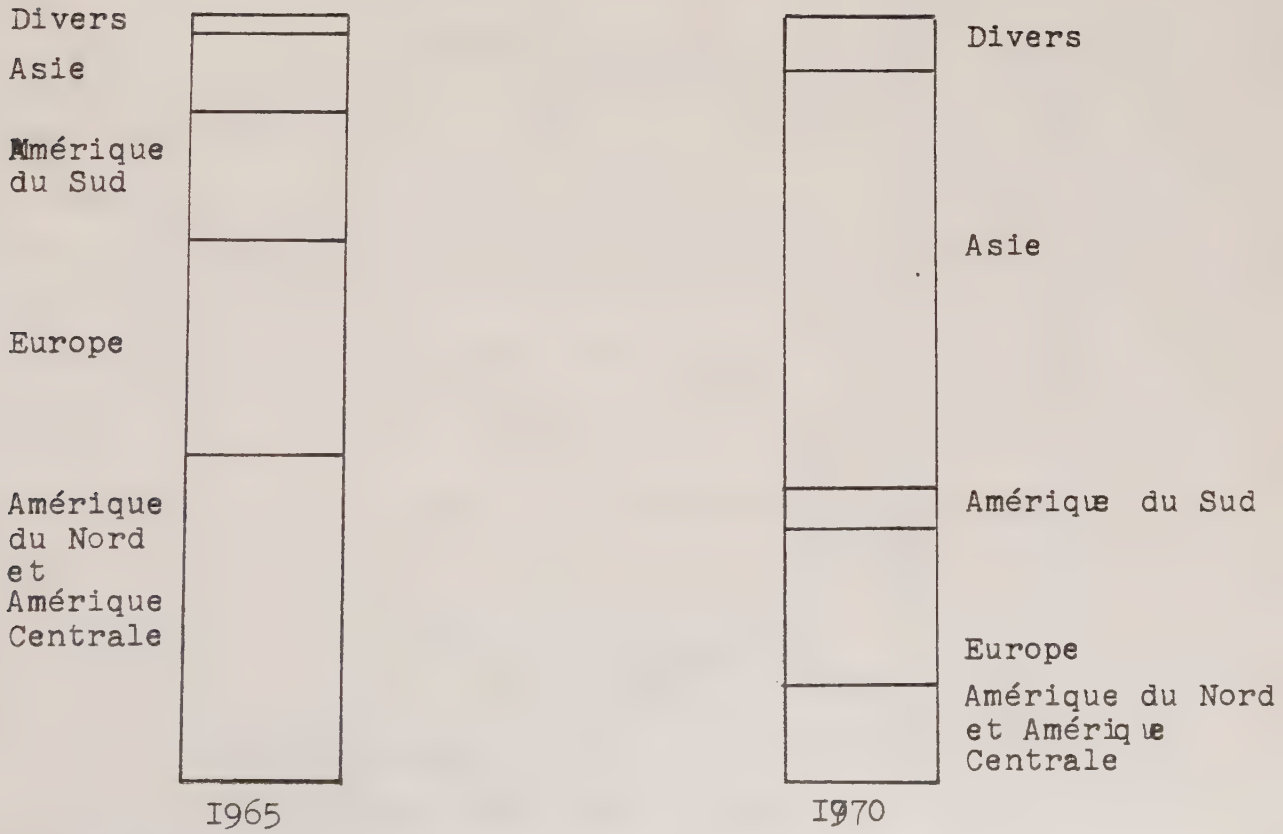
En I959, 20.575 F.M.G. étaient aux U.S.A. soit 8,5 % des médecins. Onze ans plus tard, on comptait 57.2I7 F.M.G. soit presque un médecin sur cinq d'origine étrangère. Sur la période I962 - I97I, 29.000 médecins étaient admis aux U.S.A. avec un visa d'immigrant, passant de I.797 en I962 à 5.755 en I97I (tableau N°2). Les modifications en I965 des lois sur l'immigration entrainaient un afflux considérable de F.M.G. d'origine asiatique (I0,2 % en I965, 54,7 % en I970) (tableau N°3). L'inflation des F.M.G. admis avec un "exchange visitor visa" était parallèle puisque sur une période de I0 ans (I962 - I97I) 46.8I2 F.M.G. entraient aux U.S.A. (8).

Au 3I décembre 1970, on distinguait 57.2I7 F.M.G. aux U.S.A. issus de Facultés de Médecine de 84 pays étrangers. 80 % de ces médecins sont diplomés d'une Faculté située en Europe ou en Asie (tableau N°4).



F.M.G. admis aux U.S.A.
avec un visa d'immigrant

Tableau N° 2.



Médecins admis aux U.S.A. avec un visa d'immigrant
en fonction de leur lieu d'origine I965 - I970

Tableau N° 3

Régions	Nombre	%
Afrique	I.I26	2
Asie	2I.002	36,7
Europe	24.756	43,3
Amérique Latine	9.929	I7,4
Oceanie	404	0,7
Total	57.2I7	I00

Répartition géographique des F.M.G.
immigrant aux U.S.A. I970

Tableau N° 4

Argentine	I.3I3	Philippines	7.352
Autriche	I.698	Corée du Sud	2.095
Cuba	2.757	Espagne	I.80I
Inde	3.957	Suisse	2.5I0
Iran	I.63I	Thailande	I.098
Italie	3208	Grande-Bretagne	2.64I
Mexique	I.82I	Allemagne de l'Ouest	3.502

Principaux pays dont sont
originaires les F.M.G. -I970-
Tableau N° 5.

Les pays dont les médecins immigrent le plus sont les Philippines avec 7.352 médecins, puis l'Inde avec 3.957 médecins, l'Allemagne de l'Ouest avec 3.502 médecins, l'Italie avec 3.208 médecins, la Suisse avec 2.5I0 médecins et la Corée du Sud avec 2.095 médecins (tableau N° 5). Ces huits pays contribuent à la moitié des F.M.G. résidant aux U.S.A. (49 %). Il est à noter, fait particulier, que seulement 7,6 % de ces F.M.G. sont issus de pays ou la langue anglaise est la langue nationale. Sur ces 57.2I7 F.M.G, 50.927 d'entre eux, sont nés en dehors des U.S.A. (tableau N° 6). Près de la moitié d'entre eux (47,2 %) sont âgés de moins de 40 ans (tableau N° 7).

Les F.M.G. sont en majorité des hommes, la proportion de femmes étant de I5,3 % (tableau N° 8).

685 médecins sont diplômés de I3 Facultés de Médecine françaises et résident aux U.S.A. en I970. Les Facultés formant le plus de F.M.G. sont PARIS, puis MONTPELLIER, puis LYON et STRASBOURG à peu près à égalité (tableau N° 9). Sur ces 685 médecins, II5 sont nés aux U.S.A. et 564 en France et pour six d'entre eux, le lieu de naissance est inconnu. II6 de ces médecins sont âgés de moins de 40 ans (I6,9 %), 295 ont entre 40 et 59 ans (43,I %), 274 ont plus de 60 ans (40 %), ce pourcentage élevé s'expliquant par un phénomène d'immigration massif qui a frappé les pays d'Europe suite à la première guerre mondiale. 597 d'entre eux (87,2 %) sont des hommes et 88 (I2,8 %) sont des femmes (9).

Total	Pays de naissance.		
	Né aux U.S.A.	Né en dehors des U.S.A	Pays de naissance inconnu
57.2I7	5.972	50.927	3I8

Lieu de naissance des F.M.G. I970

Tableau N° 6

	Nombre	%
En dessous de 40 ans.	27.033	47,2
Entre 40 et 59 ans.	22.887	40
Au dessus de 60 ans.	7.297	I2,8

Age des F.M.G: I970

Tableau N°7

	Nombre	%
Hommes	48.440	84,7
Femmes	8.777	I5,3

Répartition des F.M.G.
entre hommes et femmes :I970

Tableau N° 8

Facultés de Médecine de :	Nombre de médecins:
BESANCON	I
BORDEAUX	I5
CLERMOND-FERRAND	I
GRENOBLE	I
LILLE	3
LYON	37
MARSEILLE	I0
MONTPELLIER	63
NANCY	I7
PARIS	479
TOULOUSE	2I
TOURS	I
STRASBOURG	36

Répartition des diplomés français exercant aux U.S.A. en fonction des Facultés de Médecine françaises : I970

Tableau N° 9

La majorité des F.M.G. immigrant aux U.S.A. désirent acquérir une spécialité et ceci en exerçant pendant quatre ans environ des fonctions d'interne et de résident dans un hôpital américain avant d'acquérir par l'intermédiaire des "american specialty boards" leur titre officiel. Une fois leur E.C.F.M.G. passé, deux solutions s'offrent à eux pour avoir une place d'interne, puis de résident (les programmes d'interne d'une durée de un an se poursuivant obligatoirement par un programme de résident), soit en écrivant eux-même à certains hopitaux de leur choix, soit en participant au "national intern and resident program" (N.I.R.M.P) organisme chargé de la ventilation des postes d'internes et de résidents chaque année, par lequel passent tous les étudiants américains et canadiens.

Par l'intermédiaire des chiffres publiés par l'A.M.A. au 3I décembre 1970, 2.873 internes d'origine étrangère et I3.850 résidents exerçaient dans les hopitaux américains. 64 % d'entre eux venaient d'Asie, I6 % d'Amérique Centrale et d'Amérique du Sud, I4 % d'Europe, 3 % d'Afrique, 2 % de Grande-Bretagne et I % d'Océanie.

Au 3I décembre I974, on comptait 3.I88 internes et I5.234 résidents, 66 % d'entre eux venant d'Asie, I6 % d'Amérique Centrale et d'Amérique du Sud, I3 % d'Europe et 5 % d'Afrique, Grande-Bretagne et Océanie.

Pays	I970	I97I	I972	I973	I974
Afrique	II6	98	66	79	72
Amérique	486	547	504	478	439
Asie	I.669	2.339	2.229	2.580	2.299
G.B.	70	53	62	36	26
Europe	52I	494	377	379	343
Oceanie	II	I0	9	9	9
France	I2	8	7	I9	II

Répartition des internes
en fonction de leur payas d'origine : I970-I974

Tableau N° I0

Pays	I970	I97I	I972	I973	I974
Afrique	3I7	42I	484	507	446
Amérique	2.I47	2.I92	2.265	2.540	2.460
Asie	9.077	9.005	9.I89	9.964	9.886
G.B.	345	348	332	350	308
Europe	I.863	I.97I	2.083	2.I80	2.007
Océanie	I0I	II5	II2	II9	I27
FRANCE	46	53	5I	68	8I

Répartition des résidents
en fonction de leur pays d'origine : I970-I974

Tableau N° II.

Facultés de Médecine de :	I970	I97I	I972	I973	I974
Université de ST-TOMAS, MANILLE, PHILIPPINES.	I	I	I	I	I
For EASTERN UNIVERSITY, MANILLE, PHILIPPINES	2	3	3	3	3
Université de TEHERAN, IRAN	3	2	2	2	2
Univsersité des PHILIPPENES, MANILLE	4	6	8	-	-
SEOUL NATIONAL UNIVERSITY SEOUL, Corée du Sud	5	5	7	7	6
UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCE THOMBURI, THAILANDE.	6	4	4	6	9
UNIVERSITY OF THE EAST GUEZON CITY, PHILIPPINES.	7	9	-	9	7
Université de LA HAVANE, CUBA	8	-	-	-	-
NATIONAL TAIWAN UNIVERSITY, TAIPEI, FORMOSE	9	-	-	-	-
UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCE, BANGKOK THAILANDE.	I0	8	9	-	-

Tableau N° I2

Les I0 Facultés de Médecine

fournissant le plus de F.M.G. I970-I974

Facultés de Médecine de :	I970	I97I	I972	I973	I974
UNIVERSITY OF ILLINOIS, CHICAGO	2	3	2	I	I
OHIO STATE UNIVERSITY, QHIO	9	7	7	2	2
INDIANA UNIVERSITY INDIANAPOLIS	5	5	3	4	3
STATE UNIVERSITY of NEW-YORK	3	2	4	5	4
UNIVERSITY OF MICHIGAN, ANN ARBOR	I	I	I	3	5
JEFFERSON University PHILADELPHIA	4	4	5	6	6
MINNESOTA MEDICAL SCHOOL MINNEAPOLIS	7	9	6	7	7
HARVARD MEDICAL SCHOOL BOSTON	8	I0	8	I0	8
NORTHWESTERN Univsersity MEDICAL SCHOOL, CHICAGO	I0	8	I0	9	9
TEMPLE University PHILADELPHIA.	-	-	9	-	I0

Tableau N° I3

Les I0 Facultés Américaines

recevant le plus de F.M.G. : I970 - I974

Les tableaux N° IO et N° II basés sur cinq ans confirment cette évolution. Les chiffres des internes et résidents français sont vraiment infimes, IO internes et 60 résidents travaillant en moyenne par an dans des hôpitaux.

Les Facultés de Médecine fournissant le plus grand nombre de F.M.G. sont respectivement l'Université de Saint-Tomas à MANILLE, l'Université de TEHERAN et la "Far eastern university" également à MANILLE (tableau N° I2). Les Facultés de Médecine américaines recevant le plus grand nombre de F.M.G. sont respectivement l'"University of Illinois college of medicine" à CHICAGO, l'"University of Michigan" à ANN-ARBOR et la "State University of New York Dowstate medical center" à BROOKLYN (tableau N° I3). Il est à noter que la célèbre faculté de HARVARD à BOSTON, se classe seulement à la neuvième place (IO). La plus grande partie des médecins étrangers ont déjà travaillé dans le domaine de la santé ou ont déjà acquis une spécialité dans leur pays d'origine avant de venir aux U.S.A. Cet aspect du problème des F.M.G. est peu connu et KLEINMAN, BRANDT et WEISS, du Harvard center for Community Health and medical care, l'ont étudié en adressant un questionnaire aux 4035 candidats à l'E.C.F.M.G. de janvier I973 aux U.S.A. Après sélection, d'un échantillon, 850 F.M.G. furent finalement retenus. Les principales caractéristiques de cette étude, sont les suivantes :

Pays d'origine	Nombre de réponses sur 850	Spécialisation %	Exercice de la médecine%
CUBA	56	73,3	72
MEXIQUE	3I	46,6	47,8
PHILIPPINES	285	55,5	85
INDE, CEYLAN, PAKISTAN	I60	49,3	77
MOYEN-ORIENT	I6	62,7	78
EXTREME-ORIENT	63	55,9	80,5
AMERIQUE CENTRALE	23	58,2	9I,3
AMERIQUE DU SUD	59	69,2	75,6
EUROPE	I38	55,6	7I,6
AUTRES	I9	66,0	67,8

Spécialisation et exercice de la médecine des F.M.G.
avant leur immigration aux U.S.A.
en fonction de leur pays d'origine.

Tableau N° I4

- 5 ans séparent en moyenne la fin des études dans le pays d'origine et l'entrée aux U.S.A.
- 57 % des F.M.G. ont suivi un enseignement dans une spécialité donnée (485 F.M.G)
- 59 % de ces 485 F.M.G. sont diplômés dans une spécialité, le plus grand nombre en gynécologie-obstétrique (24 %) puis en chirurgie (I6 %), en pédiatrie (I2 %), en médecine interne (8 %), enfin en anesthésiologie (6 %).
- 8I % ont travaillé comme médecins avant de venir aux U.S.A.
- Enfin, le tableau N° I4 nous montre que les F.M.G. originaires du Mexique sont les moins spécialisés et ceux qui ont le moins exercé, que les F.M.G. de CUBA sont les plus spécialisés et ceux qui ont exercé le plus, enfin, que ceux d'Inde et des Philippines sont peu spécialisés, mais nombreux à avoir exercé (11)

Mais tous ces chiffres cités jusqu'à maintenant dans cette étude concernent l'immigration des F.M.G. aux U.S.A. Cependant, tous ne restent pas aux U.S.A. et il faut donc ne pas prendre ces chiffres d'immigration à l'état brut, mais les rapporter à ceux d'émigration pour se faire une idée un peu plus juste de la part exacte des F.M.G. dans la médecine américaine. Deux études importantes ont contribué à éclaircir ce problème : celle de Irène BUTTER de l'école de Santé Publique de l'Université du Michigan et celle de

Rosemary STEVENS, professeur de Santé Publique à la Faculté de Médecine de YALE. Irène BUTTER prit l'ensemble des F.M.G. aux U.S.A. en I968 en admettant que les F.M.G. étant apparus sur les listes de l'A.M.A. en I968 étaient appelés "Increments" (augementation), et que ceux sur les listes de I966 ayant disparus en I968 étaient appelés "decrements" (diminution).

Malgré les critiques qui peuvent être faites sur les chiffres de cette étude statistique, les différents éléments sont rassemblés dans le tableau N°I5 qui montre que :

- l'Asie contribue au plus fort taux d'augmentation comme de diminution des F.M.G. avec un rapport de 4/I.
- l'Europe arrive en seconde position avec un rapport de 3/I, le plus fort contingent d'immigrants venant d'Allemagne suivi par ceux d'Espagne, pays présentant la particularité d'avoir un rapport de II/I, dû au rôle enseignant de l'Espagne pour des étudiants de pays comme Porto Rico ou Cuba.
- Pour quatre médecins asiatiques venant aux U.S.A., un en part, alors que pour trois médecins venant d'Europe, un en part. Le rôle du Canada (avec deux médecins venant aux U.S.A. pour un en partant) étant particulier vu sa proximité et son identité linguistique et culturelle, excepté le Quebec. (I2)

L'étude de Rosemary STEVENS plus récente,

	Pays d'origine	Augmentation	Diminution	Rapport augmentation/Diminution
Asie		4.984 (4I %)	I.328 (42 %à	4/I
	Philippines	I.724 (35 %)	4I9 (32 %)	4/I
	Inde	I.073 (2I %)	333 (25 %)	3/I
	Corée du Sud	559 (II %)	59 (4 %)	9/I
Europe		3.I67 (26 %)	999 (3I %)	3/I
	Allemagne de l'Ouest	529 (I7 %)	2II (2I %)	3/I
	Espagne	367 (I2 %)	34 (3 %)	II/I
	G.B.	359 (II %)	I22 (I2%)	3/I
Amérique Latine		2.40I (20 %)	297 (9 %)	8/II
	Cuba	509 (2I %)	29 (I0 %)	I7/I
	Colombie	4I5 (I7 %)	46 (I6 %)	9/I
	Mexique	357 (I5 %à	72 (24 %)	5/I
Reste du Monde.		I.520 (I3 %)	548 (I7 %)	2/I
	Canada	I.025 (9 %)	485 (I5 %)	4/I

Origine des F.M.G. Augmentation-Diminution
et rapport sur la période I966 - I968

Tableau N° I5

basée sur l'étude des F.M.G. aux U.S.A.en I963 et I97I selon le même principe utilisé par Irène BUTTER montre que sur un total de 32.699 F.M.G. sur les listes de l'A.M.A. en I963, 5.364 d'entre eux ont disparus sur les listes de I97I, I7,9 % des médecins résidant en I963 aux U.S.A. exerçant donc en I97I dans un pays étranger alors que 80 % d'entre eux sont restés aux U.S.A. Ces chiffres confirment donc ceux d'Irène BUTTER à savoir que l'on peut considérer que sur 5 F.M.G. venant aux U.SA, 4 y resteront et seulement I/5 retournera dans son pays d'origine (I3).

Toutes les statistiques publiées concernant les F.M.G. ne sont pas malheureusement admises par les spécialistes qui se sont penchés sur la question. Pour Rosemary STEVENS, les chiffres des F.M.G. ont été grossièrement augmentés, et ceci à cause du type de calcul pratiqué par le service américain d'immigration et de naturalisation (U.S. Immigration and Naturalization Service INS) ainsi que par la "National Science Foundation" suite à la politique de réforme des lois sur l'immigration de I965 et I970. La loi de I965 abolissait en effet les quotas d'immigrants répartis selon les pays pour un système beaucoup plus souple basé sur leurs activités professionnelles. Cette loi entraina une augmentation très importante des F.M.G. avec un visa d'immigrant ainsi que ceux avec un "exchange visitor visa" ou avec un autre visa temporaire (type H-1, H-2, H-3). Cependant, cette loi n'entra en

application qu'en I968 et pendant une période intermédiaire de trois ans, la vieille loi des quotas fut maintenue sous une forme modifiée. Enfin, apparut en I970, la loi modifiant l'obligation qui était faite à tout porteur d'un "exchange visitor visa" de quitter deux ans les U.S.A. avant de pouvoir faire la demande d'un visa d'immigrant. Il se produisit à cette époque un flux considérable de transferts de visas. Or, le "I.N.S." et "National Science Foundation" ont toujours calculé les chiffres des F.M.G. entrant aux U.S.A. sur le nombre de visas d'immigrants sans savoir s'il s'agissait seulement d'une modification des statuts des F.M.G. déjà aux U.S.A. avec un "exchange visitor visa" et bénéficiant de la loi de I970. Il s'en suivit donc une trop forte augmentation des chiffres des F.M.G. avec un visa d'immigrant, un grand nombre de ceux-ci ayant déjà été comptabilisés avec un "exchange visitor visa". Le Tableau N° I6 nous montre sur des chiffres corrigés qu'une erreur d'environ I0.000 F.M.G. existe sur une période de 8 ans de I965 à I973 et que pour la seule année I973, sur un chiffre annoncé de I2.262 nouveaux F.M.G., seulement 8.I23 d'entre eux sont arrivés aux U.S.A. en fonction des corrections apportées. (7).

KLEINMAN, WEISS et FELSENTHAL étudièrent les chiffres des F.M.G. des liste de l'AM.A, des listes de l'"Immigration and Naturalization Service" (I.NS) et des listes de l'"Educational council for foreign médical graduates" (E.C.F.M.G) sur une période de I96I à

Année c	Immigrants			Non-immigrants				
	Nombre enregistré	Ajustement de visa	Nouvelles entrées	Exchange	H1, H2 H3, visas	Total	Total nouvelles entrées	Estimations officielles
I965	20I2	II2	I900	3904	2I0	4II4	60I4	6382
I966	2549	474	2075	4370	I83	4553	6628	7I05
I967	3325	84I	2484	5264	367	563I	8II5	8897
I968	3060	652	2408	570I	296	5997	8405	9I25
I969	2756	576	2I80	4460	299	4759	6939	75I5
I970	3I55	890	2265	5008	357	5365	7630	8523
I97I	5748	2902	2846	4784	249	5033	7879	I0789
I972	7I43	4389	2754	3932	338	4270	7024	II4I7
I973	7II9	4I40	2979	46I4	530	5I44	8I23	I2292

Entrée des médecins étrangers aux U.S.A.
en fonction des visas
-chiffres officiels et corrigés- I965-I973

Tableau N° I6

I97I. Leur méthode fut de sortir des deux millions et demi de cartes perforées d'immigrants, la liste des 28.572 médecins. Sans entrer dans la méthodologie statistique utilisée dans cette étude, des échantillons randomisés de ces 28.572 médecins étrangers, des listes de l'IN.S. furent comparés aux listes de l'A.M.A. et aux listes de l'E.C.F.M.G, puisque toutes les études publiées concernant les F.M.G. ont utilisé les seuls et uniques chiffres publiés par l'A.M.A.

Les résultats montrent que 33 % des médecins immigrants se sont portés sur les listes de l'A.M.A. (voir tableau N° I7) et que 27 % de ceux-ci n'ont jamais passé l'E.C.F.M.G. Ces chiffres, nous le verrons, ont une importance capitale d'une part pour confirmer que environ I0.000 F.M.G. ne sont pas sur les listes de l'A.M.A. pour une période de I0 ans et donc exercent vraisemblablement des fonctions hospitalières non reconnues et forment une sous-classe de médecins étrangers, d'autre part pour montrer que les chiffres de l'A.M.A. doivent être pris avec réserve en ce qui concerne l'ensemble de la population des F.M.G. aux U.S.A. (I4), (36, 37, 38, 39, 40).

Années d'admission	Estimation des médecins inconnus.	Estimation en % des médecins inconnus.	Chiffre total des immigrants.
I96I - I965	2I25 (±437)	23,7 (±4,9)	8.964
I966 - I968	3338 (±44I)	38,2 (±5)	8.858
I969 - I97I	3608 (±5I5)	36,5 (±5,2)	9.888
Toutes années	9.I2I (±806)	32,9 (±2,9)	27.7I0

Estimation du nombre de médecins immigrants inconnus de l'A.M.A. en fonction de leur année d'admission aux U.S.A.

Tableau N° I7

DEUXIEME PARTIE

"Répartition des Médecins Etrangers
à travers les U.S.A.
en fonction de leur mode d'exercice"

Au 3I décembre 1970, sur 57.2I7 F.M.G. exercant aux U.S.A, 84,2 % d'entre eux donnaient des soins à des patients, I0,4 % étaient engagés dans d'autres activités professionnelles, 3,2 % n'exerçaient aucune activité et 0,8 % n'étaient pas classés dans le tableau N° I8.

Les diplômés des Philippines présentaient le plus large pourcentage des F.M.G. dans tous les domaines, excepté la médecine praticienne, l'enseignement médical et l'administration, alors que les diplômés Italiens représentaient 9,3 % des médecins praticiens étrangers et que les diplômés de Grande Bretagne représentaient I0,4 % et I2,2 % respectivement des médecins étrangers dans l'enseignement médical et l'administration.

Les tableaux N° I9 et I9 bis montrent la répartition des 57.2I7 F.M.G. en fonction de leurs spécialités. 6.742 exercent la médecine générale, I2.999 exercent une spécialité médicale, I2.47I une spécialité chirurgicale et 2I.930, une autre spécialité, 276 ne sont pas classés, I.82I sont inactifs et 978 ont une adresse inconnue. Parmi les spécialités, la médecine interne et la pédiatrie viennent en tête alors que pour les autres spécialités, la psychiatrie prévaut.

Les F.M.G. ont d'autre part, tendance à vivre

	Activité professionnelle	Nombre des FMG	% des F.MG.
Soins aux particuliers		48.I9I	84,2 %
	Médecins praticiens	20.980	36,7 %
	Médecins hospitaliers temps partiel.	27.2II	47,6 %
	Internes	3.050	5,3 %
	Résidents	I3.598	23,8 %
	Médecins hospitaliers, temps plein.	I0.563	I8,5 %
Autres activités professionnelles.		5.95I	I0,4 %
	Enseignement Médical	I.006	I,8 %
	Administration	I.I94	2,I %
	Recherche	3.285	5,7 %
	Autres	466	0,8 %
	Nonclassés	276	0,5 %
	Inactifs	I.82I	3,2 %
	Adresse inconnue.	978	I,7 %

Activités professionnelles des F.M.G.

aux U.S.A. - I970

Tableau N° I8.

Nombre de médecins étrangers	57.2I7
Médecins praticiens	6.742
Spécialistes médicaux	I2.999
Allergologie	I9I
Cardiologie	I.249
Dermatologie$	388
Gastro-enterologie	390
Médecine interne	6.372
Pédiatrie	3.542
Allgrgologie infantile	80
Cardiologie infantile	I69
Pneumologie	6I8
Spécialistes chirurgicaux	I2.47I
Chirurgie générale	5.286
Neuro-chirurgie	409
Gyneco-obstetrique	3.064
Ophtalmologie	8I0
Chirurgie orthopédique	882
Oto-rhino-laryngologie	64I
Chirurgie plastique	2I3

Répartition des médecins étrangers
en fonction de leurs spécialités. I970
Tableau N° I9

chirurgie calique et rectale	62
chirurgie thoracique	365
Urologie	739
Autres spécialistes	2I.930
Médecine aéronautique	32
Anesthesiologie	3.304
Psychiatrie infantile	425
Radio-diagnostic	336
Anatomo-pathologie	42
Neurologie	624
Médecine du Travail	I79
Psychiatrie	5.025
Pathologie	3.I32
Médecine préventive	90
Médecine physique	50I
Santé publique	26I
Radiologie	I.407
Radio-thérapie	209
Autres spécialistes	2.470
Non spécifié	3.893

Répartition des médecins étrangers
en fonction de leurs spécialités. I970

Tableau N° I9 Bis.

dans de très vastes agglomérations, là ou existe une concentration d'hôpitaux et de moyens techniques leur permettant de trouver plus facilement un emploi ou un poste d'interne ou de résident. Deux états s'octroient le privilège de recevoir le plus fort contingent de F.M.G: New-York et la Californie. L'Etat de New York à lui tout seul, représente 27,9 % de tous les F.M.G. vivant aux U.S.A. (I5.946 F.M.G) au 3I décembre I970. Viennent ensuite l'Ohio (3.5I6), le New Jersey (3224) et la Californie (2.980). Les Etats recevant le moins de F.M.G. sont l'Idaho (11), le Névada (I4), et le WYOMING (I3). Le tableau N° 20 résume les caractéristiques des localisations des F.MG. en fonction des régions des U.S.A. avec bien sûr, le "Middle Atlantic" en tête et les "Mountains" en dernier.

Sur les 685 médecins possesseurs d'un diplôme français, 552 pratiquent des soins à des patients dont 372 en cabinet, I4 sont internes, 43 résidents et I23 médecins hospitaliers. I5 d'entre eux sont dans l'enseignement médical, 26 dans l'Administration, 34 dans la recherche et 9 occupent d'autres fonctions.

Les tableaux N° 2I et 2I Bis nous donnent un aperçu des différentes spécialités tant médicales que chirurgicales choisies par les médecins venant de France. Là encore, la médecine interne et la pédiatrie

REGIONS	Nombre de F.M.G.	% des F.M.G.
New England	4.I50	7,3
Middle Atlantic	2I.880	38,2
Fast Masth Central	II.549	20,2
West North Central	2.480	4,3
South Atlantic	7.2I6	I2,6
East south Central	866	I,5
West south Central	I.93I	3,4
Mountain	779	I,4
Pacific	3.370	6,6
Possessions	I.4I4	2,5

Répartition des F.M.G.

en fonction des régions des Etats Unis -I970

Tableau N° 20.

Médecins praticiens	99
Spécialistes médicaux	I45
Allergologie	5
Cardiologie	I6
Dermatologie	I3
Gastro-entérologie	I
Médecine interne	59
Pédiatrie	34
Allergologie infantile	2
Cardiologie infantile	2
Pneumologie	I3
Spécialistes chirurgicaux	I25
Chirurgie générale	47
Neuro-Chirurgie	5
Gyneco-obstetrique	27
Ophtalmologie	II
Chirurgie orthopédique	I0
Oto-rhino laryngologie	4

Répartition des médecins diplômés de France
en fonction de leur spécialité. I970
Tableau N° 2I.

Chirurgie plastique	5
Chirurgie thoracique	2
Urologie	I4
Autres spécialistes	267
Anesthesiologie	20
Psychiatrie infantile	9
Radio-diagnostic	5
Neurologie	9
Médecine du Travail	5
Psychiatrie	90
Pathologie	3I
Médecine préventive	I
Médecine physique	I2
Santé Publique	4
Radiologie	I8
Radio-thérapie	2
Autres spécialistes	35
Non spécifié	26

Répartition des médecins diplômés de France en fonction de leur spécialité. I970

Tableau N° 2I bis.

dominent dans les spécialités médicales, la psychiatrie très largement dans les autres spécialités puisque sur 685 médecins, 90 d'entre eux, sont psychiatres.

Ces médecins exercent leurs professions dans 40 Etats des U.S.A. Presque I sur 2 exerce dans l'Etat de New York (30I) suivi par l'Illinois (33) et la Californie (32) (tableau N° 22 et N° 22 Bis)

Si l'on se réfère au S.M.S.A. (Standart Metropolotan Statistival Areas) classant les 300 plus grandes villes des U.S.A, 90,8 % des F.M.G. habitent dans ces villes et sur 685 F.M.G. Français, 596 d'entre eux exercent en ville (9).

Les médecins étrangers accomplissant un internat aux U.S.A. ont le choix entre trois systèmes:

- soit un internat "Rotaring, no major emphasis" où il changera de service sans option prépondérante,
- soit un internat "Rotaring, major emphasis on" où tout en changeant de service, l'accent sera mis sur une spécialité désirée par l'interne.
- soit un internat "Straight", c'est à dire directement dans une spécialité donnée, sans changer durant tout le temps des études (internat de un an étant maintenant la première année d'un "Residency program" d'une durée de quatre ans environ).

ALABAMA	I
ARIZONA	5
ARKANSAS	I
CALIFORNIA	32
COLORADO	4
CONNECTICUT	IO
DELAWARE	I
District of COLUMBIA	8
FLORIDA	2I
GEORGIA	I
HAWAI	3
ILLINOIS	33
INDIANA	2
IOWA	4
KANSAS	6
KENTUCKY	I
LOUISIANA	2
MAINE	6
MARYLAND	25
MASSACHUSETTS	I2

Répartition des médecins diplômés de France
en fonction des Etats des U.S.A. I970

Tableau N° 22

MICHIGAN	20
MINNESOTA	4
MISSISSIPPI	I
MISSOURI	3
NEW HAMPSHIRE	5
NEW JERSEY	35
NEW YORK	30I
NORTH CAROLINA	2
OHIO	I9
PENNSYLVANIA	9
PUERTO RICO	33
RHODE ISLAND	II
TENNESSEE	I
TEXAS	I4
VERMONT	I
VIRGINIA	I3
VIRGIN ISLANDS	I
WASHINGTON	5
WEST VIRGINIA	2
WISCONSIN	9

Répartition des médecins diplômés de France
en fonction des Etats des U.S.A. I970

Tableau N° 22 Bis

	Type d'internat	I970	I97I	I972	I973
ROTARING	No Major Emphasis	I436(43%	I698(54%	I702(60%	I20I(50%)
ROTARING	Major Emphasis On	I229(36%	I475(42%	I344(43%	I075(38%
	Médecine interne (internal Medicine)	450	528	457	4I9
	Chirurgie (Surgery)	538	537	507	398
	Gyneco-obstétrique (gynecology-obstetries)	94	I38	I62	I00
	Pédiatrie (	80	II0	II7	89
	Pathologie (Pathology)	26	4I	25	6
	Psychiatrie (Psychiatry)	I8	5I	25	20
	Radiologie (Radiology)	I4	37	23	II
	Anesthesiologie (anesthesiology)	9	33	28	32
STRAIGHT		674(I4%)	773(I4%)	878(I7%)	II49(20%
	Médecine interne (internal medicine)	303	329	449	572
	Chirurgie (Surgery)	2I9	250	255	374
	Pediatrie (pediatrics)	I02	I28	89	88
	Pathologie (Pathology)	42	39	48	32
	Gyneco-obstetrique (gynecology obstetrics)	8	27	37	83

Répartition des F.M.G. internes
en fonction du type d'internat et de spécialité. I970-I973

Tableau N° 22 Ter.

La répartition entre ces différents types d'internat est analysée dans le tableau N° 22 Ter. Nous voyons que les Internes Américains préfèrent un "Straight" internat puisque seulement de I4 à 20 % de F.M.G. prennent ce type d'internat, alors qu'ils laissent aux F.M.G. les "Rotaring, major emphasis on" dans une proportion de 40 à 60 %, étant plus représentés dans les"Rotaring, major emphasis on", les F.M.G. choisissent toujours la médecine interne en premier et la chirurgie en second.

Il existe aux U.S.A. plusieurs types d'hôpitaux :

- Les hôpitaux fédéraux (Federal) qui comprennent les hôpitaux de l'Armée de Terre, de l'Aviation, de la Marine, des Anciens Combattants etc....
- Les hôpitaux gouvernementaux non fédéraux (Governmental non federal) représentés par les hôpitaux de l'Etat, du Comté, du District, de la Ville,
- Les hôpitaux à but non lucratif (non governmental non profit).
- Les hôpitaux privés (proprietary)
- Enfin, les "combined hospitals" qui regroupent des associations d'hôpitaux entre eux.

Ces hôpitaux ont, soit une convention avec une Faculté de Médecine pour la formation des étudiants, internes, résidents etc... ce sont les

Types d'Hopitaux	Nombre d'internes F.M.G.			
	I970	I97I	I972	I973
Federal	2I (662)	7 (563)	37 (538)	48 (454)
Governmental Non federal	478 (232I)	503 (2025)	605 (I9I9)	508 (2082)
Non Governmental Non profit	2596 (3782)	3064 (3599)	3093 (3274)	2572 (330I)
Proprietary	46 (36)	56 (4I)	33 (44)	20 (0)
Combined	I98 (I322)	3I6 (I892)	I56 (I464)	277 (I770)
Affiliated	I836 (7394)	22I6 (7626)	2539 (6889)	2343 (7226)
Non Affiliated	I503 (8I9)	I730 (494)	I385 (350)	I082 (380)

Répartition des internes F.M.G.
en fonction du type d'hopital. I970-I973

Tableau N° 23.

Les chiffres entre parenthèses sont ceux des internes américains et canadiens.

Régions des U.S.A.	I970	I97I	I972	I973
Northeast New England	325 (570)	32I (555)	3I6 (506)	2I8 (577)
Middle Atlantic	I44I (I7I0)	I590 (I675)	I698 (I452)	I5I7 (I4I7)
North Central-East North Central.	872 (I274)	II80 (II70)	IIII (I020)	965 (II43)
West North Central	I0I (564)	I27 (593)	I42 (555)	96 (607)
South South Atlantic	339 (II59)	429 (II25)	392 (954)	387 (II44)
East South Central	24 (390)	28 (387)	38 (400)	I8 (362)
West South Central	75 (657)	II5 (66I)	76 (634)	93 (624)
West Mountain	38 (332)	33 (335)	43 (I8I)	I8 (299)
Pacific	75 (I497)	85 (I580)	98 (I488)	60 (I360)
Possessions Canal zone Puerto-Rico	49 (60)	38 (39)	80 (49)	53 (73)

Répartition des internes F.M.G.
par rapport aux internes américains (chiffres entre parenthèses)
dans les régions des U.S.A. I970-I973

Tableau N° 24

"affiliated", soit n'ont pas passé de conventions "on affiliated". La répartition des internes F.M.G. en fonction de ces types d'hôpitaux est analysée dans le tableau N° 23. Les F.M.G. travaillent surtout dans les hôpitaux à but non lucratif et dans les hôpitaux "non affiliated" n'ayant pas passé d'accord avec des Facultés de Médecine (cet aspect du problème sera revu lors de l'étude des problèmes posés par les F.M.G.). Les internes américains travaillent eux, surtout dans les hôpitaux gouvernementaux non fédéraux et dans des hôpitaux "affiliated".

La grande majorité des internes F.M.G. travaillent sur la côte Nord-Est des Etats Unis dans les Etats autour des grandes mégapoles constituées par BOSTON, NEW-YORK et la Pennsylvanie, le nombre des internes F.M.G. dépasse celui des internes américains (tableau N° 24). Par contre, dans les Etats du Sud, type Alabama, Mississipi, Louisiane, Texas, les Etats de l'Ouest type Arizona, Colorado à l'intérieur et Californie, Washington sur la côte pacifique, le nombre d'internes F.M.G. est infime.

L'interne à la fin de sa première année, rentre dans un "Residency programm" et il est interessant de voir quelles sont les orientations en fonction des spécialités médicales ou chirurgicales des résidents F.M.G. (tableau N° 25 et 25 Bis). Le plus gros pourcentage des internes se destine à la psychiatrie, l'anesthésiologie. Certaines spécialités

Spécialité choisie	I970	I97I	I972	I973
Anesthesiologie	879	992	II26	III2
Psychiatrie infantile	I02	I34	I36	I59
Radio-diagnostic	46	7I	I72	243
Dermatologie	73	52	58	60
Médecinede famille	29	68	I22	I59
Médecine praticienne	I84	I7I	2I5	207
Chirurgie	2.5I9	2.420	2.58I	2.53I
Médecine interne	2.545	2.77I	2.888	2.826
Neuro-chirurgie	I36	I29	I2I	II9
Neurologie	228	252	252	265
Gyneco-obstetrique	I.067	I.II4	I.I69	I.I39
Ophtalmologie	II3	II6	I20	II5
Chirurgie orthopédique	2I3	234	240	23I
O.R.L.	I28	I58	I64	I60
Pathologie	I.258	I.40I	I.432	I.5I9
Anatomo-pathologie	8	8	9	7

Répartition des résidents F.M.G.
en fonction de leurs spécialités choisies - I970-I973

Tableau N° 25.

Pediatrie	I.084	I.084	I.I94	I.383
Allergologie infantile	36	I7	25	24
Cardiologie infantile	64	49	57	47
Médecine physique	I9I	I85	2II	2I6
Chirurgie plastique	52	59	74	78
Chirurgie calique et rectale.	II	II	I3	I2
Psychiatrie	I.068	I.098	I.I25	I.307
Radiologie	50I	494	490	450
Radio-thérapie	20	54	96	I42
Chirurgie thoracique	I06	II9	I02	II3
Urologie	282	259	233	246
Médecine aéronautique	4	3	5	2
Médecine préventive	I0	9	I7	6
Médecine du Travail (enseignement)	6	2	3	3
Médecine du Travail (pratique)	0	2	I	0
Santé Publique	5	6	5	4

Répartition des résidents F.M.G.
en fonction de leurs spécialités choisies - I970-I973

Tableau N° 25 Bis

sont propres à la médecine américaine comme l'allergologie infantile, la cardiologie infantile, la chirurgie colique et rectale. D'autres "residency programms", sont plus récents tels que "Family practice", "General practice", "occupational Medicine" et sont par conséquent peu choisis par les résidents F.M.G.

Les résidents F.M.G. comme les internes F.M.G. exercent dans les hôpitaux à but non lucratif en majorité, puis dans les hôpitaux "affiliated", ils sont dans un rapport de 3/2 dans les hopitaux "non affiliated". (tableau N° 26)

De même que les internes F.M.G., les résidents F.M.G. se situent dans le Nord-Est des U.S.A. dans le "New England", le "Middle Atlantic" (où ils dépassent les residents américains) et le "Fast North Central". Ils sont très peu implantés dans les autres régions. (tableau N° 27) (I0)

L'étude de KNOBEL, professeur d'Administration de la Santé à ATLANTA, publiée en I973, apporte des conclusions similaires aux données statistiques citées précédemment, bien qu'elle ait quelque peu perdu de sa valeur en fonction des chiffres anciens utilisés (I966-I967). Elle n'en demeure pas moins très interessante de par la méthodologie statistique employée. KNOBEL divise les pays

Types d'Hopitaux	I70	I97I	I972	I973
Federal	673 (2I50)	675 (2I80)	69I (23I8)	653 (23I5)
Governmental non federal	2346 (4999)	2239 (4757)	2640 (5345)	2689 (5859)
Non Governmental non profit.	6285 (8547)	6652 (8970)	704I (9282)	7578 (I0622)
Proprietary	83 (50)	73 (5I)	62 (45)	I7 (34)
Combined	3556 (I053I)	388I (I28I5)	4006 (I3428)	397I (I5I3I)
Affiliated	975I (24067)	I0870 (27I33)	I2202 (28720)	I2449 (32230)
Non affiliated	3I92 (22I0)	2650 (I640)	2238 (I698)	2459 (I73I)

Répartition des résidents F.M.G.
par rapport aux résidents américains (chiffres entre parenthèses)
en fonction du type d'hopital. I970-I973

Tableau N° 26

Régions des U.S.A.	I970	I97I	I972	I973
Northeast New England	I0I2 (I878)	I094 (2020)	II45 (2II3)	II06 (2507)
Middle Atlantic	5276 (5452)	5545 (6298)	5835 (6047)	623I (6546)
North Central East North Central	3029 (3940)	3250 (4I85)	3463 (4522)	3594 (5I20)
West North Central	774 (2309)	788 (2502)	787 (2594)	755 (2893)
South South Atlantic	I498 (38I6)	I454 (4I58)	I584 (4600)	I599 (527[illegible])
East South Central	209 (II6I)	229 (I2I5)	272 (I408)	337 (I538)
West South Central	406 (2I8I)	46I (240I)	5I5 (2500)	493 (2808)
West Mountain	I62 (943)	I32 (I066)	I39 (II99)	I30 (I429)
Pacific	38I (4449)	370 (4777)	449 (5290)	408 (5647)
Possessions Canal zone Puerto Rico	I96 (I48)	I97 (I5I)	25I (I45)	255 (200)

Répartition des résidents F.M.G. par rapport aux résidents américains et canadiens (chiffres entre parenthèses) en fonction des régions des U.S.A.

Tableau N° 27

dont les résidents F.M.G. (pris en échantillon sur une population de 9.483 résidents F.M.G. en I966) étaient issus en quatre groupes en fonction du revenu national brut, des critères d'éducation, du pourcentage de F.M.G. passant l'E.C.F.M.G, de la mortalité infantile, du taux de médecins, du nombre de lits par habitant, ces quatre groupes comprenant :

- les pays développés à croissance économique rapide (I)
- les pays développés à croissance économique faible (II)
- les pays du tiers monde à croissance économique rapide (III)
- les pays du tiers monde à croissance économique faible (IV)

Il divisa d'autre part, les spécialités médicales en quatre groupes, le groupe I comprenant les spécialités à haut niveau technique, le groupe 4, celles à plus faible niveau. (Tableau N° 28)

Les résultats statistiques de la distribution des résidents F.M.G. parmi les spécialités médicales par rapport à leurs groupes de pays d'origine sont analysés dans le tableau N° 29. Là encore, alors que les F.M.G. issus des pays économiquement développés trustent les spécialités médicales à haut niveau technique, les F.M.G. du tiers monde se rabattent sur les spécialités à bas niveau technique du groupe 3 et 4.

Le tableau N° 30 résume la répartition

Groupe I	Groupe II	Groupe III	Groupe IV
Neuro-chirurgie	Chirurgie générale	Cardiologie	Médecine générale
Chirurgie thoracique	Chirurgie et rectale	O.R.L.	Allergologie
Chirurgie plastique	Urologie	Gastro-entérologie	Allergologie infantile
Chirurgie orthopédique	Anesthesiologie	Pathologie	Pediatrie
	Radiologie	Gyneco-obstetrique.	Dermatologie
	Pneumologie		
	Ophtalmologie	Cardiologie infantile	
		Médecine interne	

Classement des spécialités médicales
en fonction du niveau technique requis

Tableau N° 28.

Groupe des pays.	Groupes des spécialités médicales.			
	I	2	3	4
I	I2,2	40,0	34,7	I3,I
2	7,2	4I,I	44,0	7,7
3	7,0	25,5	54,8	I2,7
4	4,6	27,7	49,I	I8,6

Pourcentage de distribution des résidents F.M.G.
parmi les spécialités médicales
(en excluant la psychiatrie et la médecine physique) I966-I967

Tableau N° 29

Groupe des pays.	Hopitaux et spécialités combinés.			
	Hôpitaux affiliés. Spécialité haut niveau.	Hôpitaux affiliés. Spécialité bas niveau	Hôpitaux non affiliés. Spécialité haut niveau	Hôpitaux non affiliés. Spécialité bas niveau.
I	37	34	I6	I3
2	33	29	I5	23
3	23	36	I0	3I
4	I6	30	I6	38

Pourcentage de distribution des F.M.G.
en fonction du choix des spécialités et des hôpitaux

Tableau N° 30.

des F.M.G. en fonction de leurs spécialités et du type d'hôpitaux dans lequel ils exercent (affiliated ou non affiliated) par rapport à leur pays d'origine. Les mêmes conclusions découlent de la lecture de ce tableau. Cette étude confirmant donc les données statistiques décrites précédemment, met en lumière le rôle entièrement différent formé par les F.M.G. selon leur pays d'origine, les F.M.G. issus de pays du groupe I et II c'est à dire en fait, des pays d'Europe s'orientant vers les spécialités les plus courues et les effectuant dans de très bonnes conditions, les F.M.G. du groupe III et IV c'est à dire des pays du tiers monde et représentant 75 % du total des F.M.G. s'orientant eux, vers des spécialités de bas niveau et dans de mauvaises conditions techniques (I5)

Irène BUTTER, se basant sur les données statistiques de l'A.M.A. pour l'année I968, étudia l'impact des F.M.G. sur la distribution des médecins à travers les Etats Unis et ceci à partir du rapport : (nombre de médecins / population) en calculant les pourcentages de surplus ou de déficit sans les F.M.G. puis avec les F.M.G. en fonction des Etats. Les tableaux N° 3I et 32 nous montrent les Etats Américains connaissant respectivement le plus grand déficit en médecins américains et le plus grand surplus et les corrections qui sont apportées par les F.M.G. Sur I4 Etats connaissant un déficit de plus de 20 % en

ETAT	Déficit en médecins américains	Déficit en médecins américains + F.M.G.	Amélioration (+) Recul (-)
Maine	- 34	- 27,I	+
Wyonning	- 33,I	- 42,6	-
West Virginia	- 3I,4	- 30,4	+
Mississippi	- 3I,3	- 44,6	-
Alabama	- 3I,I	- 4I,7	-
Arknansas	- 27,2	- 38,7	-
Montana	- 26,7	- 36	-
North Dakota	- 26,4	- 25,5	+
South Carolina	- 25,8	- 36,8	-
South Dakota	- 25,7	- 30,6	-
Indiana	- 22,5	- 3I,3	-
Kentucky	- 2I,8	- 28,4	-
Delaware	- 2I,4	- I8	+
Iowa	- 2I,2	- 28,2	-

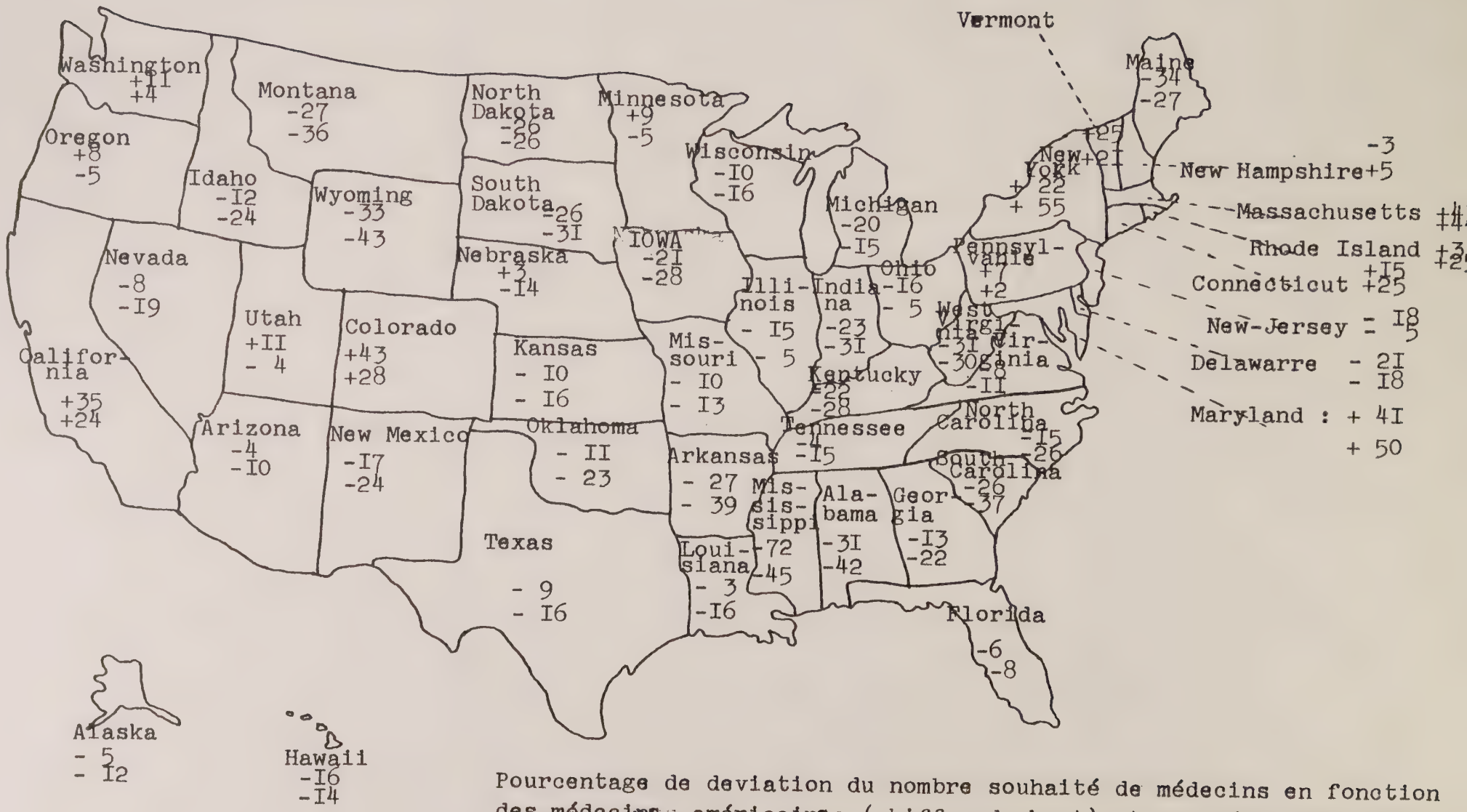
Etats des U.S.A. comprenant le grand déficit
en médecins américains
et correction apportée par les F.M.G.
Tableau N° 3I.

ETAT	Surplus en médecins américains.	Surplus en médecins américains + F.M.G.	Amélioration + Recul -
Colorado	+ 42,7	+ 27,7	+
Massachusetts	+ 42,6	+ 44,3	-
Maryland	+ 4I,0	+ 50,I	-
California	+ 35,4	+ 23,9	+
Vermont	+ 25,3	+ 2I,0	+
New York	+ 22,3	+ 54,8	-

Etats des U.S.A. comprenant le grand surplus
en médecins américains
et correction apportée par les F.M.G.
Tableau N° 32.

médecins américains, 4 seulement sont améliorés par l'apport des F.M.G. alors que sur 6 Etats connaissant un surplus dépassant 20 % en médecins américains, 3 sont améliorés par les F.M.G. Les F.M.G. augmentent donc la disparité entre Etats (tableau N° 33) concernant la répartition des médecins et sont donc une source supplémentaire de difficultés dans l'élaboration d'une politique de santé adéquate. (I6).

Cette étude statistique portant sur les chiffres de I968 fut complétée par Irène BUTTER par une étude dynamique, longitudinale prenant la période I96I-I968 et étudiant la mobilité des F.M.G. à l'intérieur de chaque Etat entre les Etats (tableau N° 34). Il s'en dégage le fait que seulement 8,I % de tous les F.M.G. ont changé d'Etat dans cette période de 2 ans. Bien que des critiques puissent être portées en particulier sur cette durée de 2 ans uniquement , les résultats confirment l'étude précédente, à savoir que les F.M.G. implantés aux U.S.A. ne corrigent en aucune façon les disparités médicales existant auparavant. (I7) (4I, 42, 43).



Pourcentage de deviation du nombre souhaité de médecins en fonction des médecins américains (chiffre du haut) et des médecins américains + étrangers (chiffre du bas).

TABLEAU N° 33

Type de mouvement.	F.M.G. tous âges	F.M.G. 30 ans et moins.	F.M.G. 3I - 45 ans	F.M.G. 46 ans et plus.
A l'intérieur de l'Etat.	5,3	9,I	6,7	2,9
Entre Etats	8,I	24,I	9,3	3,7
Pas de mouvementW	79,2	46,8	76,6	88,3

Pourcentage de fluctaation des F.M.G. entre I966-I968

Tableau N° 34

TROISIEME PARTIE

"Problèmes socio-professionnels et culturels posés par ces médecins etrangers"

DUBOIS, en I954, dans ses considérations sur les motivations des étudiants étrangers vers le système universitaire américain mentionnait la curiosité envers les U.S.A le désir de voyages, l'acquisition de nouvelles méthodes, le désir de promotion personnelle. Dans une étude de Benitt, en I958, ces différents facteurs étaient cités par des étudiants japonais qui en plus, désiraient échapper aux influences politiques japonaises. CHUNN et DOLE, en I963, trouvaient que le facteur primordial pour les étudiants étrangers était le désir de spécialisation dans leur domaine. ANTLER et HALBERSTAM étudièrent en I969, sur un échantillon de I70 résidents étrangers les différentes motivations les ayant poussés à venir aux U.S.A. Le tableau N° 35 nous montre en fonction des raisons invoquées, l'ordre de classement établi par ces résidents étrangers en fonction de leur pays d'origine. Tous mettent en premier le haut niveau technique de la médecine américaine, bien que les résidents venus d'Europe nuancent leurs positions quand il s'agit de répondre aux questions sur la considération sociale et l'amélioration de la médecine dans leur pays d'origine. Ceci correspond vraisemblablement à un état d'esprit considérant que la pratique et la technique médicales sont à un niveau à peu près semblable dans les pays d'Europe Occidentale et aux U.S.A. D'autre part à la question "echapper aux contraintes politiques" alors que les résí-

Raisons pour venir aux U.S.A.	Europe	Amérique Latine	Extrême Orient	Moyen Orient	Tous pays réunis.
Supériorité de la médecine américaine.	I	I	I	I	I
Avantages économiques	5	6	6	6	6
Considération sociale chez soi	7	5	4	5	5
Amélioration de la médecine chez soi.	6	2	2	2,5	2
Curiosité envers les U.S.A.	2	4	3	2,5	3
Meilleur enseignement pour aider ses proches.	4	3	5	4	4
Fuite devant le régime politique de son pays.	3	7	7	7	7

Classement par rang sur les raisons poussant à venir aux U.S.A. des résidents étrangers.

Tableau N° 35

dents des pays hors d'Europe la classaient en dernière position, les résidents d'Europe la classaient en troisième position, ceci s'expliquant par un apport assez important de résidents issus de pays de l'Europe de l'Est. Par contre, les résidents des pays hors d'Europe classent au deuxième rang la question sur l'amélioration de la médecine dans leur pays d'origine (I8). Ces critères de venue aux U.S.A. furent repris dans une étude de FOTTLER en I974 qui étudia 40 résidents Thailandais à la "State University of New York" à BUFFALO. Les réponses furent identiques (tableau N° 36) à savoir que les résidents thailandais classèrent en premier et second respectivement la supériorité de la médecine américaine et l'amélioration de la médecine chez soi. Pour affirmer cette étude, les réponses des résidents possédant un visa d'immigrant furent comparées à celles des résidents possédant un "exchange visitor visa". Les réponses furent là aussi similaires, excepté sur la question concernant les avantages économiques, ceci s'expliquant par le fait que les résidents possédant un "exchange visitor visa" sont plus enclins à retourner chez eux, que les résidents porteur d'un "immigrant" visa et qui sont venus faire carrière aux U.S.A. Enfin, dernier point à signaler, dans ces deux études, des avantages économiques sont relevés presque au dernier rang alors que les F.M.G. viennent en majorité du tiers monde à

Raisons pour venir aux U.S.A.	F.M.G. d'Extrême Orient	F.MG. de Thailande	Immigrés	Non immigrés.
Supériorité de la Médecine américaine.	I	I	I	I
Avantages économiques	2	2	4	3
Considération sociale dans leur pays d'origine.	3	4	5	3
Amélioration de la médecine dans leur pays d'origine.	4	5	6	3
Curiosité envers les U.S.A.	5	3	2	5
Meilleur enseignement pour aider ses proches.	6	6	3	7
Fuite devant le régime politique de son pays.	7	7	7	6

Classement par rang sur les raisons poussant à venir aux U.S.A. des résidents d'Extrême Orient et de Thaïlande, en fonction de leurs visas

Tableau N° 36

Facteurs	Degré d'importance				
	I	2	3	4	5
Militaires	7		2		
Professionnels	7	5	4	I	I
Financiers	I	7	4	4	2
Familiaux	2	5	I	9	I
Sociaux	I	3	5	2	7

Réponse d'un échantillon de F.M.G. iraniens en fonction des "PUSH FACTORS".
Tableau N° 37

bas niveau économique. Leurs réponses seraient-elles dictées par un souci noble et idéal, à savoir placer en deuxième position l'amélioration de la médecine dans leur pays lorsqu'ils sont de retour chez eux ?(I9)

D'autres études ont tenté d'apporter dex explications à ce "push factor" des F.M.G. vers les U.S.A. en particulier celles de RONAGHY, Professeur à l'Université Pahlavi à SHIRAZ, en Iran, l'Iran étant particulièrement touché par cet exode constant de médecins. RONAGHI étudia un échantillon de médecins sortis de l'Université dans laquelle il travaille et chercha à mettre en évidence les facteurs les poussant à immigrer aux U.S.A. Déjà au cours de ses études, l'étudiant iranien a pour professeurs, des médecins formés soit aux U.S.A. soit en Europe. La plupart des enseignements, donnés en anglais, correspondent au curriculum des Facultés Américaines, l'esprit médical est orienté vers les Etats Unis et l'Europe. Il est bien évident que dans de telles conditions, le médecin tout juste diplômé cherche à aller acquérir aux U.S.A. un enseignement complémentaire. Le tableau N° 37 confirme que ce sont les raisons professionnelles qui sont le plus souvent avancées comme cause de départ vers les U.S.A. suivis par les raisons financières.

D'autre part, ce jeune médecin aura beaucoup de mal à exercer sa spécialité en Iran, trop de

spécialistes exerçant déjà dans les grandes villes (plus de 50 % des médecins Iraniens exercent à TEHERAN où ils s'occupent de IO % de la population), d'autre part, les équipements médicaux, les bibliothèques, l'enseignement postuniversitaire n'étant pas adapté à ce type d'exercice de la médecine. (20-2I).

BELSASSO et TAPIA étudièrent eux, les "push factors" sur un échantillon de IOO psychiatres mexicains ayant poursuivi des études aux U.S.A. et dont seulement 46 étaient rentrés au Mexique. Parmi les facteurs avancés, on peut citer :

- la nationalité de l'épouse (54 % étaient mariés avant, pendant ou après avoir été résidents avec des américaines).
- les conditions économiques
- la difficulté de trouver un emploi en revenant au Mexique.
- les problèmes familiaux. (22)

Nous voyons ainsi à travers ces études que les causes de l'immigration des F.M.G. sont complexes et doivent tenir compte aussi bien des problèmes professionnels que des problèmes socio-économiques, familiaux et culturels.

Une fois arrivé aux U.S.A. le F.M.G. va se trouver en face d'un certain nombre de problèmes, à savoir :

- les problèmes familiaux : la plupart des F.M.G. venant aux U.S.A. des pays du tiers monde sont mariés à des femmes qui n'exercent pas le même métier. Il s'en suit dans un tel pays étranger des distorsions aggravées parfois par les enfants qui sont complètement changés d'univers et ont du mal à s'adapter à la vie d'une grande ville comparativement à ce qu'ils connaissaient chez eux.
- les problèmes personnels : dus au fait que le F.M.G. habitué à vivre pendant 20 ou 30 ans dans sont pays devra affronter très rapidement les difficultés de la vie américaine, se plier au style de vie américaine, à la mentalité américaine, bref s'adapter.
- les problèmes socio-culturels : le F.M.G. et sa famille sont des étrangers et les préjudices raciaux existent bien sûr, dans tous les pays du monde ; ils auront à les affronter et devront faire face à ce changement radical de culture, de pensée, de religion, de comportement de vie. (23).
- les problèmes linguistiques : c'est certainement le problème majeur qui se pose au F.M.G. qui se voit obligé de penser et de communiquer immédiatement dans une autre langue et de comprendre l'anglais tel qu'il est utilisé aux U.S.A. Non seulement dans sa vie professionnelle mais danssa vie de tous les jours, il va être obligé de cotoyer d'autres personnes, de se distraire, de parler. Il est necessaire

de posséder partaitement une langue dans tous ces propos quotidiens tenus avec les gens qui vous entourent, de savoir s'exprimer différemment avec les malades, les secrétaires, les infirmières, de savoir exprimer ses sentiments et permettre des contacts humains. Tout ceci, le F.M.G. devra être amené à le faire rapidement. Bien sûr, il a passé l'E.C.F.M.G. qui comprend deux parties dans sa section langue, une première partie orale, en répondant à des questions posées par un magnétophone, une deuxième partie purement écrite. Mais qui peut prétendre juger les connaissances linguistiques d'une personne en lui faisant passer en tout et pour tout un examen de 90 minutes avant qu'il ne soit propulsé dans ses fonctions de médecin dans un hôpital américain ?

Afin d'aider les F.M.G. venant ainsi aux U.S.A. tant sur le côté vie professionnelle que sur le côté vie familiale, l'Université de Philadelphie a mis au point un programme d'accueil des F.M.G. par l'intermédiaire de certains organismes comme le "Philadelphia center for international visitors", la "international House", le "International Hospitality program" et la "Philadelphia County Medical Society". Le but de ces organismes est ainsi d'orienter ce jeune F.M.G. et sa famille dans la vie américaine en lui faisant visiter lors de son arrivée,des maisons américaines, le faisant inviter par les membres de l'hôpital dans lequel

il va travailler, aidant sa femme et ses enfants à s'habituer aux supermarchés, aux écoles enfantines, à l'achat des choses usuelles et à tous les côtés de la vie pratique. Le F.M.G. est également aidé s'il peut venir aux U.S.A. deux semaines avant de commencer de travailler afin de se familiariser avec le style de l'Hôpital, le personnel, les malades. Sa famille est également aidée si elle ne peut venir qu'un mois après son entrée en fonction afin de minimiser ou d'étaler les difficultés d'adoption en fonction du temps (24).

Pour solutionner le problème linguistique de ce F.M.G, l'Université de Philadelphie a mis au point un système de cours lui permettant en quelques semaines, de faire le point de ses connaissances. Ces cours sont donnés soit entre un enseignant universitaire et ce F.M.G, soit par groupe de trois ou quatre F.M.G. L'enseignement porte sur le côté expression orale par l'intermédiaire de rédactions entre le St-John Hospital de Détroit et l'Université de St-Louis dans le Missouri, consistant à faire passer quatre mois à l'Université de St-Louis aux F.M.G. venant prendre un poste d'interne au St Hohn Hospital. Ces quatre mois de cours consistent en 20 heures de langue anglaise par semaine et 8 heures d'anglais médical. Ces F.M.G. suivent des conférences cliniques à la Faculté de Médecine de St-Louis et travaillent à la bibliothèque. Chaque semaine, ils choisissent un journal médical qu'ils présentent dans un

club de presse. Des visites d'hôpitaux ainsi que des visites de villes, de centre commerciaux, etc... Un tel programme permet ainsi à ces F.M.G. d'être plus à l'aise lorsqu'ils débutent leur internat (26) en particulier dans les rapports à faire, par l'utilisation des termes anglais à l'hôpital et des différents sigles dans les observations de malades. (25)

Suite à ces problèmes socio-culturels et linguistiques lors de son arrivée au U.S.A, le F.M.G. devra affronter au cours de ses études en tant qu'interne et résident, des difficultés liées au type d'hôpital dans lequel il travaille et à la qualité de l'enseignement médical qu'il aura reçu. HALBERSTAM et ses collaborateurs, dans une étude remarquable et originale faite sur une population sélectionnée de 200 internes d'hôpitaux "non affiliated", ont étudié les jugements et les appréciations qu'ils portaient au cours de leurs études. De ces 200 internes, 45 % ont travaillé dans des hôpitaux qui avaient un directeur de l'enseignement médical membre de l'"Association of Hospital Directors of medical education" (A.H.D.M.E) 27 % dans des hôpitaux qui possédaient un "Director of médical education" (D.M.E), 28 % dans des hôpitaux ne possédant pas de D.M.E. Le tableau N° 38 nous résume lesjugements que portaient ces internes et résidents dans ces hôpitaux "non affiliated". 47 % et 50 % respectivement de ces internes et résidents étaient déçus par ce type d'hôpital et ces chiffres nous montrent

	% de satisfait		% d'insatisfait	
	Internes	Résidents	Internes	Résidents
Satisfait de l'enseignement	66	58	34	29
Satisfait de l'entourage enseignant.	89	9I	II	9
Satisfait de l'Hopital	53	495	47	50
Satisfait du programme d'Etude.	59	52	40	48
Satisfait des U.S.A.	52	47	28	30
Satisfait du style de vie et des loisirs.	72	845	22	II

Répartition en % des internes et résidents satisfaits et non satisfaits en fonction des critères d'études et de vie.

Tableau N° 38.

Type d'enseignement	Directeurs d'Hôpitaux.	Internes
Cas cliniques	97	84
Examens physiques	97	80
Résultats cliniques et biologiques	I00	92
Diagnostic	I00	92
Traitement	I00	88
Aspect social du cas	68	38
Aspect psychologique du cas	7I	48
Choix d'articles à lire dans la littérature médicale	64	42
Expérience avec des patients en soins externes.	92	74
Expériences en soins d'urgence.	94	86
Absence à des conférences cliniques.	96	92

Pourcentage d'appréciation des internes et directeurs d'Hôpitaux en fonction du type d'enseignement

Tableau N° 39.

les espoirs qu'ils nourrissaient avant d'accepter un tel programme. Par contre 66 % des internes et 58 % des résidents étaient satisfaits du type d'enseignement qu'ils recevaient. Le tableau N° 39 nous montre le pourcentage d'appréciation des internes et des directeurs d'hôpitaux en fonction du type d'enseignement. Les internes semblent être beaucoup plus distants pour certain type d'enseignements médicaux que les directeurs d'hôpitaux, en particulier ceux axés sur le côté social et psychologique des malades ainsi que sur les sélections d'articles à lire dans la littérature médicale. Les jugements des internes en fonction de l'entourage médical et enseignant dans les hôpitaux A.D.H.M.E, D.M.E, et non D.M.E. sont portés dans le tableau N° 40. On se rend compte que 27 % des internes ne recoivent qu'occasionnellement, épisodiquement ou pas dutout d'enseignement médical, chiffre qui laisse à réfléchir en fonction du point d'impact à l'échelle internationale de la formation des F.M.G. Mais, fait plus interessant, 4I % des internes dans les hôpitaux non D.M.E. pensent que l'entourage médical est inexistant alors que 23 % et I8 % le pensent respectivement dans les hôpitaux A.H.D.M.E. et D.M.E. La conclusion qui s'impose est le besoin dans tous ces hôpitaux "non affiliated" où sont la plupart des F.M.G. d'un directeur de l'enseignement médical à temps complet. Comme dit HALBERSTAM "l'évidence qui sort de cette étude est que leprestige acquis par les médecins

Type d'entourage médical et enseignant.	ADHME	DME	Non DME	TOTAL
Entourage très proche	35	35	I7	3I
Entourage proche	4I	48	43	43
Entourage occasionnel	I3	8	24	I5
Entourage épisodique	9	I0	I5	II
Pas d'entourage	I	0	2	I

Pourcentage d'internes dans les différents hôpitaux en fonction du type d'entourage médical et enseignant.

Tableau N° 40.

étrangers dans leur pays d'origine, après avoir été formés aux U.S.A, dépend plus du type d'hôpital dans lequel ils exerçaient que du fait qu'ils soient aller aux U.S.A." (27).

Faisant suite aux efforts déployés par l'Université de St-Louis et le St JOHN HOSPITAL de DETROIT d'une part, l'Université de PHILADELPHIE d'autre part, et comme pour répondre aux problèmes de l'environnement éducatif des internes et résidents F.M.G, le "French and Polyclinic Health Center" de NEW YORK, hopital de 600 lits, a institué un système de "teaching fellows" (maitres de stage) et de "Section chiefs" (Directeur) encadrant les jeunes internes F.M.G. et les aidant à surmonter les difficultés liées aux premiers contacts dans un hôpital américain, ces "teaching fellows" et section chiefs" étant des F.M.G. de vieille date parfaitement habitués aux normes américaines et ayant justement cette approche si particulière du problème puisqu'ils ont connu ces mêmes problèmes à leur époque. Les résultats furent excellents, les contacts se developpant de façon détendue et harmonieuse, les programmes d'enseignement et les conférences étant restructurés de telle sorte qu'ils soient plus adaptés à ces F.M.G.

Comme concluent GELB et CASSELL "les soins des patients sont d'un niveau beaucoup plus élevé. Les

médecins F.M.G. ont été stimulés par la mise en place de cet enseignement et leurs relations avec les médecins de l'équipe dirigeante. En retour, ceux-ci sont beaucoup plus heureux et leurs qualités professionnelles ont été rehaussées". (28)

Après avoir vu les difficultés d'adaptation et les problèmes qu'ils rencontraient dans l'apprentissage de leur métier, les F.M.G. qui désirent rester aux U.S.A. ne sont pas au bout de leurs peines. A la fin de leur internat, en effet, la plupart exprime le souhait de s'installer dans un état des U.S.A. et de pratiquer dans le cadre libéral de la médecine. Mais avant de pouvoir obtenir l'autorisation de pratiquer librement, ils doivent passer un examen (" Federation Licensing examination" ou FLEX) devant une sommission médicale de l'état (State board of medical examiners) dans lequel ils souhaitent exercer. Avant de voir les difficultés de passage de cet examen, celui-ci étant établi par chaque état des Etats Unis, des conditions préalables sont posées aux F.M.G. et sont résumées dans le tableau N° 4I. Ainsi, 44 Etats exigent que les F.M.G. soient titulaires de l'E.C.F.M.G. alors que 4 maintiennent leurs propres listes de Facultés de Médecine Etrangères dont ils acceptent les F.M.G. D'autre part, dans 27 Etats, les F.M.G. doivent avoir la nationalité américaine et dans 20 Etats avoir fait une déclaration dans ce sens. Sur le plan purement médical,

Conditions préalables	Nombre d'états.
E.C.F.M.G.	44
Nationalité Américaine	27
Déclaration d'intention	20
Nationalité non requise	8
Certificat de sciences générales	22
Internat d'un an	4
Résident pendant deux ans	IO
Résident pendant 3 ans	4
Résident pendant 5 ans	I
Programme de Resident déterminé par la Commission	I
Au moins un an d'interne ou résidence dans l'Etat.	3
Jugé sur niveau individuel	7
Diplômé du National Bourd of Medical Examiners	3

Conditions préalables à l'examen d'obtention d'une licence en fonction des Etats

Tableau N° 4I

20 Etats exigent que ces F.M.G. aient exercé de I à 5 ans, des fonctions d'internes ou de résidents et 22 Etats en plus du FLEX font passer un "Basic Science Certificate". Après avoir rempli ces conditions préalables et en supposant qu'il soit reçu (voir étude plus loin) dans un Etat, 32 autres Etats ne reconnaissent pas la totalité de cette licence d'exercice et dans le cas où ce F.M.G. aurait ou voudrait changer d'Etat dans l'exercice de sa vie professionnelle, il sera obligé de repasser entièrement cet examen (alors que cette licence est reconnue pour les diplômés américains dans tous les Etats). DERBYSHIRE envoya en I969 un questionnaire aux commissions médicales de ces 32 Etats afin de savoir quels étaient les motifs qui les poussaient à avoir cette politique envers les F.M.G. Le tableau N° 42 résume ces réponses. Enfin, il est à noter que trois états refusent toute licence à des F.M.G. (29)

Après avoir vu les conditions préalables et les difficultés d'exercice avec cette licence dans un autre Etat, voyons quels sont les résultats obtenus par les F.M.G.

ROSEMARY, STEVENS, MICK, GOODMAN et GOLDBLATT (30) ont étudié la population des F.M.G. internes et résidents en I963 et établis aux U.S.A. en I97I. Le tableau N° 43 nous résume les chiffres comparatifs de

Est-ce que votre refus d'homologuer les licences de F.M.G. d'autres Etats, est du à une loi ou à une règle de votre commission ?	
Loi	I4
Règle de la commission	II
Pourquoi refusez-vous d'homologuer les licences de F.M.G. d'autres Etats ?	
Parce que la loi ne le permet pas	8
Pas de réponses directes	4
La Commission n'a pas confiance dans les examens des autres commissions.	4
La Commission désire connaitre les choix du candidat de pratiquer dans cet Etat.	2
Une réciprocité dans le cas d'une homologation devrait exister	I
Impossibilité de classer les réponses.	6
Si une F.M.G. pouvait satisfaire aux autres conditions et s'il avait passer cet examen avec un bon résultat, homologueriez-vous sa licence ?	
Oui.	5
Non.	I9
Ne sait pas	I
Si un scientifique de renom international, étranger, demandait l'homologation de sa licence, feriez-vous une exception pour lui?	
Oui.	3
Non	22

Résultat d'un questionnaire adressé aux Etats refusant d'homologuer les licences de F.M.G. acquises dans d'autres Etats.

Tableau N° 42

Années	Pourcentage de succès des FMG	Pourcentage de succès des américains.
I963	9	44
I964	I5	56
I965	2I	63
I966	28	69
I967	37	74
I968	4I	80
I969	52	85
I970	6I	89
I97I	66	93

Résultats dans l'obtention des licences des F.M.G. et des américains. I963-I97I

Tableau N° 43.

Groupe	Pourcentage de succès dans l'obtention d'une licence.
F.M.G.	66
Naturalisés américains	89
Visa de résidents permanents	76
Exchange visitor visa.	43

Pourcentage de succès des F.M.G. en fonction du type de visa qu'ils ont. I97I

Tableaa N° 45

ETATS	Pourcentage de succès des Américains.	Pourcentage de succès des F.M.G.
Floride	97	9I
Missouri	97	89
Pennsylvanie	96	84
Texas	93	83
Illinois	96	8I
Californie	97	80
Virginie	I0	77
Ohio	96	74
Maryland	79	74
New-York	97	68
Massachusetts	93	55
Wisconsin	96	53
Michigan	95	39
Ouest Virginie	96	33
New Jersey	93	29
Autres	83	60

Pourcentage de succès des F.M.G. etdes américains en fonction des Etats. I97I

Tableau N° 44

succès au FLEX des F.M.G. et des américains. L'on peut voir ainsi que pour 1971, seulement 66 % de ces F.M.G. avaient leur licence contre 93 % des américains. Les taux de succès des F.M.G. varient selon les Etats alors que comparativement ceux des américains restent stables (tableau N° 44). "Il apparait ainsi que cette variation du taux de succès des F.M.G. est due essentiellement à la manière dont ils sont traités dans ces Etats". Le taux de succès de ces F.M.G. est également fonction du type de visa qu'ils possèdent, les moins bons résultats étant détenus par ceux porteur d'un "exchange visitor visa". (tableau N° 45).

Ces chiffres obtenus nous amènent à étudier cette catégorie de F.M.G. ne possédant ni E.C.F.M.G, ni licence et travaillant cependant dans les hôpitaux américains. WEISS, DEINMAN et BRANDT, dans leurs études sur les chiffres des F.M.G. aux U.S.A. et les différentes corrections à y apporter (voir première partie de cette étude) nous ont montré qu'approximativement 10.360 F.M.G. travaillaient aux U.S.A. sans posséder l'E.C.F.M.G. (chiffre de 1971). Ces mêmes auteurs ont donc envoyé un questionnaire aux 4.035 F.M.G. passant l'E.C.F.M.G. aux U.S.A. en janvier 1973 afin de voir les rôles dévolus à ces F.M.G. dans les hôpitaux. Un échantillon de 850 F.M.G. fut sélectionné et contacté par téléphone afin d'affiner

cette étude. Sur ces 850 F.M.G, 374 avaient des responsabilités cliniques ; I22 d'entre eux avaient le titre d'assistant médical (le tableau N° 46 résume leurs activités), 94 d'entre eux avaient le titre d'assistant de salle d'opération (tableau N° 47). (3I)

Cette étude apporte donc la preuve de l'existence de ce "Medical underground" qui sans qualification exercent des activités médicales allant de la prise des observations à la petite chirurgie sans oublier les décisions thérapeutiques.

Enfin, en ce qui concerne les F.M.G. non porteurs d'une licence (I0.360), 5I % donnaient des soins à des patients, I3 % exercaient en médecine praticienne, 40 % dans des hôpitaux non gouvernementaux, 4 % dans des hôpitaux de région ou de ville et 9 % dans des hôpitaux d'Etat, ceci grâce à des licences appelées "Limited or temporary licences" (licences temporaires ou limitées) distribuées par 43 Commissions médicales des Etats en fonction de critères propres (32).

Devant toutes ces difficultés et même s'ils arrivent à les surmonter, un certain nombre de F.M.G. retournent dans leur pays d'origine. Les études de GAVIRIA sur les médecins péruviens (33), celles de RONAGHY sur les médecins iraniens (34) et celles de BELSASSO sur les psychiatres mexicains (35) confirment

Activités des 122 F.M.G.
avec le titre d'assistants médicaux.

Responsabilités	Nombre de réponses.
Nombre total de réponses avec le titre de "assistant médical"	I22
Examen clinique et histoire de la maladie des nouveaux patients.	92
Prend les appels de nuit	39
S'occupe de la salle d'urgence	25
Voit les petites blessures	24
Petite chirurgie	6
Médecine pratique	7
Dirige les soins d'urgence	I2
N'a pas besoin d'être couvert par un autre médecin jusqu'au jour suivant	I5
Pas d'autres médecins sur place	I6
Assiste en salle d'opération	I0
Prescrit des médicaments	2
Traite les petits troubles	8
Ecrit des notes sur la feuille de maladie	33
Donne des ordres.	22
N'a pas besoin d'avoir des ordres contresignés.	II

Tableau N° 46

Activité des 94 F.M.G.
avec le titre "d'assistants de salle d'opération"

RESPONSABILITE	Nombre de réponses.
Nombre total de réponses avec le titre "d'assistants de salle d'opération"	94
Ier ou 2ème Assistant	64
Sutures	49
Petites ablations	40
Pratique la petite chirurgie	3I
Pratique la grosse chirurgie	3
Fait des rectoscopies	II
Examen clinique et histoire de la maladie des nouveaux patients	8
Prescrit les anesthésies	7
Pas d'autre anesthésistes sur place	8
Seul pour répondre aux appels de nuit	I0
Prend des décisions thérapeutiques	I0
Prescript des médications pré-anesthesiques	8
Intube seul	6

Tableau N° 47

que le facteur principal "pull factor" de retour au pays natal est d'ordre familial. Cela ne va pas bien sur, sans poser des difficultés tant sur le plan personnel que sur le plan professionnel. Sur le plan personnel, il est souvent rude pour ce F.M.G. habitué pendant une période assez longue aux normes américaines avec sa femme et ses enfants de se replonger directement dans la vie d'autrefois. Les enfants sont accoutumés aux différents gadgets de la société de consommation nord-américaine et en plus, ont parfois du mal à parler la langue de leurs ancêtres. Quant aux femmes, elles sont elles aussi, habituées aux commodités de la vie de la femme américaine. A ce facteur de départ s'ajoute un facteur d'arrivée, à savoir la réadaptation dans sa famille, dans sa ville, dans ce contexte si différent par ses structures sociales et sa façon de vivre. A ces problèmes personnels, s'ajoutent deux d'odre professionnel, en particulier d'entente vis-à-vis de ses confrères qui ne sont pas allés aux U.S.A. et vis-à-vis d'une technicité médicale souvent très pauvre dans ces pays du Tiers Monde.

Le médecin étranger et sa famille se trouvent donc confrontés à tous ces maux qu'ils ont parfois bien du mal à surmonter après avoir passé 5 ou IO ans aux U.S.A, à tel point que certains d'entre eux reprennent le chemin de l'exil. Les autres ont cependant la satisfaction et peut être, le sentiment

propre à tout homme ayant voyagé et rentrant dans son pays d'origine, de se sentir vraiment chez lui et de retrouver cette structure familiale si forte. (44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 5I).

CONCLUSIONS

Les F.M.G. qui étaient peu nombreux à la fin de la seconde guerre mondiale étaient déjà 3I.000 en I963 et 68.000 en I972, soit une augmentation de 37.000 médecins. Les lois sur les visas d'immigration modifiées une première fois en I965 puis une deuxième fois en I970, entrainaient un afflux considérable de F.M.G. originaires du Sud-Est asiatique, représentant à eux seuls plus de la moitié du nombre total des F.M.G.

Ces F.M.G, une fois aux U.S.A. rendirent d'immenses services à la médecine américaine, ce que l'on a tendance à oublier maintenant. Grâce à eux, des spécialités telles que l'anesthésiologie, la médecine physique prirent de l'importance laissant ainsi le choix aux médecins américains de s'orienter vers des spécialités dites plus nobles et de haut niveau comme la neurochirurgie, la chirurgie cardiovasculaire,etc..

Les postes d'internes et de résidents dans les hôpitaux "non affiliated", dans les centres de soins psychiatriques trouvèrent preneurs grâce aux F.M.G. car les américains refusaient de tels postes. Ces F.M.G. permirent donc par leur puissance en nombre et leur docilité, à laisser le choix des carrières brillantes à leurs collègues américains.

Cependant, le nombre de plus en plus accru

de F.M.G. commenca à poser des problèmes tant purement médicaux que politiques (il ne faut pas oublier que plus de la moitié des licences en I972 était obtenue par les F.M.G. et que un interne sur trois dans les hôpitaux américains, était un F.M.G).

Parallèlement à ce problème, les facultés de médecine des U.S.A. continuaient à fournir des médecins de grande qualité mais après une sélection draconnienne laissant vraiment très peu d'espoirs aux jeunes américains désirant s'orienter dans cette branche. Certains d'entre eux allèrent à l'étranger en particulier au Mexique (2000 étudiants américains à l'Université de GUADALAJARA) en Italie (Université de BOLOGNE) et en Espagne, passant ensuite l'E.C.F.M.G. avant de rentrer exercer chez eux. Cette situation quelque peu anachronique du pays le plus riche du monde fournissant très peu de médecins de haute qualité et comblant ses besoins dans les différents domaines médicaux par l'intermédiaire des F.M.G, ne manqua pas de soulever une réprobation d'une partie des milieux médicaux et politiques d'autant plus que les recherches de WEISS et ses collabotateurs ainsi que celles de ROSEMARY STEVENS mirent en évidence (comme nous l'avons vu dans cette étude) l'existance d'une part de ces F.M.G. exerçant dans le domaine médical sans être titulaire de l'E.C.G.M.G, d'autre part de ces F.M.G. non porteurs d'une licence d'exercice, symbole de cet underground

medical aux U.S.A. Les principales organisations médicales prirent des positions quelque peu différentes et en fonction de leurs membres en I974. L'Association médicale américaine (A.M.A) ne prit pas vraiment position défendant cependant les F.M.G, le Docteur RUHE directeur de la Division d'Education Médicale expliquant que les F.M.G. venaient aux U.S.A. parce que les américains les avaient encouragé par leur politique d'immigration et leur besoin en personnel médical et que d'autre part, ils repeésentaient une économie considérable de part leur formation à l'étranger, l'accroissement du nombre des Facultés de Médecine et du nombre d'étudiants américains n'arrivant pas (et au prix de dépenses considérables) à satisfaire tous les besoins des services médicaux des U.S.A.Le "Physician National Housestaf" (PNHA) regroupant les médecins temps plein des hôpitaux prirent également une attitude compréhensive vis-à-vis des F.M.G. de même que l'"American Hospital Association" (A.H.A)

Les critiques les plus sévères et les solutions les plus radicales furent suggerées par l'"Association of American médical Colleges" (A.A.M.C) pour la bonne raison que les F.M.G. rentraient en compétition avec l'association des Facultés de Médecine, désirant elles accroitre et de beaucoup, le nombre de ses facultés afin de former beaucoup plus de médecins américains et de faire ainsi échec à l'immigration massive des F.M.G.

Les milieux politiques s'en mêlerent, le Député Démocrate ROGERS proposant une aide de 9 millions de dollars sur 3 ans pour aider par des programmes appropriés, la réinsertion des étudiants américains travaillant dans des Facultés de Médecine étrangères et voulant limiter la participation des F.M.G. aux programmes de résidents. Le Sénateur Démocrate KENNEDY proposa plusieurs solutions visant également à aider les étudiants américains de l'étranger et à limiter les places offertes aux F.M.G. Finalement, ce compromis fut présenté par le Sénateur Républicain BEALL concernant la limitation des places offertes dans les "residencies programs" aux F.M.G. et la transformation de l'E.C.F.M.G. en un V.G.E. dont nous avons exposé les grandes lignes dans notre introduction, qui rentrera en application en septembre 1977.

En ce qui concerne les F.M.G. non titulaires de l'E.C.F.M.G. et non porteurs d'une licence, actuellement aux U.S.A, et pour lesquels une solution impérative devra être trouvée, les avis divergent. La plupart se rallient à un système d'aide qui serait mis en place afin de leur permettre d'une part d'acquérir l'E.C.F.M.G. (trois institutions pratiquent déjà le système à savoir le St-Barnabus Medical Center dans le New Jersey, l'office international d'éducation médicale à l'Uni-

versité de MIAMI et la "Rench and Polyclinic medical School ans Healht Center" à NEW-YORK), une transformation de l'examen de licence qui ne serait plus basé sur les critères actuels mais sur la base des titres acquis au cours des études permettant à ces F.M.G. d'acquérir ainsi leurs licences et mettant fin aux états donnant actuellement des licences temporaires de remplacement ou afin de travailler dans certaines institutions type hôpitaux psychiatriques ou prisons.

Enfin les estimations pour les années I980 penchent pour un développement du nombre de médecins américains tels que ceux-ci occupent toutes les places des différents programmes de formation et tel que l'apport des F.M.G. ne sera plus utile. Une modification de la politique des visas s'imposera sûrement alors, redonnant vie à cet "exchange visitor visa" qui ne sera octroyé qu'à des médecins venant parfaire leurs connaissances et retournant ensuite chez eux, les autres F.M.G. étant des immigrants dont les chiffres seront alors révisés. Finalement, les lois économiques à l'américaine auront joué totalement, les F.M.G. ayant servi pendant 30 ans à combler les déficits d'une politique d'expansion de la médecine qui, arrivée à son niveau de croissance optimale, les rejettera.

Et que dira-t-on au sujet de tous ces prix nobels américains nés à l'étranger et de tous ces immigrants qui finalement ont fait ce qu'est aujourd'hui la nation américaine qui a tout juste 200 ans de vie derrière elle. (52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 6I, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68,69, 70, 7I, 72, 73, 74, 75, 76, 77).

Le Président de la Thèse,

VU et PERMIS d'imprimer,
DIJON, le
Le Doyen,

J. B. BOUHEY

BIBLIOGRAPHIE.

(I) Handbook for F.M.G. I976 ECFMG. I23 P.

(2) Socioeconomic issues of Health. I974. Center for Health services research and Development. AMA. Chicago.

(3) The F.M.G. Stephen S Mick. Scientific American 232. 2. I4.-2I. Feb 75.

(4) World Directory of medical Schools. World Health Organisation. Geneva. Switzeland.

(5) Health professions Educational assistant Act of I976 (United States public law 94-484).

(6) Information Booklet. Visa qualifying Examination I977. ECFMG. 3624 Market St, Philadephia, Pas I9.I04 U.S.A.

(7) Physician migration reexaminek. Rosemary Stevens. Science I90 . 439 . 442 . 3I oct.I975

(8) The migration of physicians to the United States. Dublin. N. ENgl. J. Med. 286 . I6 . 870 . 877.

(9) FMG in U.S.A. I970. Center for Health Services, Research and Development AMA. Chicago.

(I0) Directory of Approuved internships ans Residencies I97I-I972, I972-I973, I973-I974, I974-I975, I975-I976. AMA. Chicago.

(II) Postgraduate training and Work experience of Non ECFMG certified physicians in the U.S. Weiss Med. Gare. XIII. 3, 205-208. March 75.

(I2) The Migratory flow of doctors to ans from the United States.
Irène Butter.
Med. Care. IX. I. I7 . 3I . January-February I97I.

(I3) Foreign Médical Graduates in U.S.A. in I963 and I97I. A Cohart Study. Rosemary Stevens. Inquiry . X . 26-32 . March 73.

(I4) Physician manpower date. The case of the missing Foreign Medical Graduates. Keinman. Med . Care . XII . 11 . 906-9I7 . Nov 74.

(I5) Placement of foreign trained physicians in U.S. medical Residencies. Knobel. Med Care. XI . 3 . 224-239. may-june I973.

(I6) Foreign medical graduates and Equal Access to medical Care. Irène Butter. Med . Care IX. 2 . I36 . I43 . March-april 7I.

(I7) Georgraphie Mobility of foreign Medical graduates and the Doctor Shartage. A longitudinal soudy. Irène Butter. Inquiry . IX . I . 24 . 33.

(I8) Why foreign medical resisdents came to U.S.A. The relations hip between cultural ans vocanional factors and the decision to obtain medical training aboard. Antler. Halberstam. Brit. J. Med. Educ . I969 . 3 . I5-22.

(I9) Some carrelates of residence preference among F.M.G. . A case stydy of Thai medical graduates in Buffalo. Fottler. Med . Care . XII . 9 . 778 . 787 . Sept 74.

(20) Immigration of Iranian physicians to the U.S.A. J. of . Med . Educ . 47 . 443-445 . June 72.

(2I) Phisician migrations to the U.S.A. Ronaghy. JAMA . 227 . 5 . 538 . 542 . Feb. 4 . 74.

(22) Determining factors in migation and adaptation of Mexican Psychitrirs to the U.S.A. Mexican Viewpiont. Amer . J . Psychiat . I26 . 9 . I3I8. I32I . March 70.

(23) Psychiatric training for foreign medical graduates. A Sympasium Psychiatry. 34 . 233 . 257 . Augsst7I.

(24) First symposium on the problems of FMG. JAMA . 2I3 . I3 . 224I . 2246 . 28 Sept. 70.

(25) The english language and the FMG. J. of Med. Educ . 47 . 434 . 439 . June 72.

(26) Medical Orientation. U.S.A. Program. A preliminary Repart. J. Med. Educ . 47 . 440-442. June 72.

(27) Foreign internes in Community Hospitals. Halberstam. J . Med . Educ . 46 . 504 . 5I7 June 7I.

(28) Approaches to the training of foreign medical graduates. J. Med . Educ . 47. 429. 433 . June72.

(29) Licensing the foreign medical graduates. Fed . Bull . 56 . I78 . I9I . I969 .

(30) Licencure, Competence and manpower distribution. A fallow-up study of FMG. Goldblatt. N. Engl. J . Med. 292 . I37 . I4I . I975.

(3I) FMG and the medical underground. Weiss. N. Engl. J . Med 290. I453 . I458 . I974 .

(32) The effect of imparting physicians. Return to a Pre-Flexnerian Standart. Weiss. N. Engl . J . Med . 290 . I453 . I458 ; I974 .

(33) FMG who return home after U.S. Residency training . The Peruvian case . Gaviria . J . Med . Educ . 50 . I67 . I75 . Feb 75.

(34) Causes of physician Migration . Reponses of Iranian physicians in U.S.A. Ronaghy. J. Med. Educ . 5I . 305 . 3I0 . April 76.

(35) Determining factors in the return of Mexican Psychiatrits trained in U.S.A. Amer . J . Psychiat . I27 . I2 . I30-I32 . June 7I.

(36) The medical underground, some thoughts ans a reply. Med . Care . XIII . 5 . 440-444 .

(37) Foreign physicians : their impact on U.S. health care. Science. I85 . 407-4I4 . 2 august74.

(38) The dependence upon foreign trained M.D. in our medical care system . J . Med . Educ . 47 . 496-498 . June 72.

(39 Training and utilization of FMG in U.S.A. J . Med . Educ . 45 . 607-6I7 . August 70.

(40) Migration of Baroda medical graduates I949-72. Med . Educ. I976 . I0 . 290-292.

(4I) What happens to foreign trained doctors who came to U.S.A. Inquiry XI. II2-I24 . June 74.

(42) Immigrant physicians : results of a cohort study. Inquiry XII . I93-203 . Sept 75.

(43) FMG : profils of those qualifying for practice in U.S.A. JAMA . 229 - 4 - July 22 I974.

(44) A statewide approach to graduate medical education. N . Engl . J . Med . 29I . 70I-706 . I974.

(45) Training psychiatrists from developing nations.
Amer . J . Psychiat . I26 - 8 February I970.

(46) Naturalization of FMG.
JAMA . 229 . 4 . July 22 I974.

(47) The FMG . ROLE in american medicine.
Arch . Surg . I07 . 476-482 . Sept 73.

(48) Current status of orientation programs for FMG.
Fed . BULL . 6I . 339-348 . Oct 74.

(49) The FMG and his special problem.
Fed . Bull . 60 . 367-373 . Nov 73

(50) The effect of the U.S. exchange visitor program on physician maldistribution.
Fed . Bull . 62 . II3-I23 . April 75.

(5I) Physician migration to the U.S. Foreign aid for U.S. Manpower.
Med . Care . XIV . 6 . 502-5II . June 76.

(52) The boat Doesn't stop here anymore.
New physician . 24 . 23-3I . June 75.

(53) FMG. Do they create a double standart in U.S. Medical care . Modern medicine I8-24. Nov II I974.

(54) Migration of FMG to U.S.A.
Int. J. Health . Serv . 4 .(2) . 2I3-243 . Spring 74.

(55) How do other countries fell about our management of their medical graduates .
Fed . Bull . 56 . 309-325 . Nov 69.

(56) Review course for the ECFMG examination.
J . Med . Educ . 48 . I002-I005 . Nov 73

(57) helping the FMG qualify for medical practice.
J. Med . Educ . 48 . 684-686 . July 73.

(58) Evaluation of review courses for the ECFMG examination.
J . Med . Educ . 50 . 46-53 . Jan 75

(59) Current problems and proposed solutions as related to the FMG.
Fed Bull . 62 . 6-I7 . Jan 75

(60) The federal gouernment's concern for the FMG.
Fed . Bull . 6I . I83-I96 . June 74.

(6I) Some opinions and myths concerning FMG.
Fed . Bull . 58 . 338-352 . Dec 69.

(62) Physician migration : brain drain or overflow .
Brit . J . Med . Educ . I973 . 7 . 44-47.

(63) Physician supply, residency programs and teh FMG.
Surgery 76 . 3 . 372-375.

(64) Warm bodies in white coats.
JAMA 232 . I0 . I034-I035.

(65) Medical brain drain revisited.
INT . J . Health . SERV . 6 (2) . 23I-237 . I976.

(66) Critical questions for medicine's future.
Prism . 3 . 2 . Feb 75 .

(67) The private sector can unswer the need.
Prism . 3 . 2 . Feb 75.

(68) Salvage of noncertified FMG's.
N. Engl . J . Med . 296 . I237 . I977.

(69) FMG in U.S.A.
Margulies. Cambridge, Harvard university press I969.

(70) International Macy conference . New York.
The josiah Macy. Jr . Foundation . I97I.

(7I) FMG in America . Mamot.
Charles . C . Thomas Publischer . I974.

(72) The FMG ans publis policy . University of Michigan Health.
Manpower policy studies group . I975 .

(73) FMG and physician Manpower in U.S.A.
DHEW Publication N° (HRA) 74-30.

(74) Foreign trained physicians and american madicine.
DHEW Publication N° (NIH) 73-325 . Washington D.C. Government Printing office. I972.

(75) FMG in U.S.A. A Draft report.
Bureau of health Manpower Education. NIH . August 30 I972.

(76) Carrer development for FMG in U.S.A. SILVA.
Charles C. thomas Publisher . I973 .

(77) The FMG . A bibliography.
DHEW Publication N° (NIH) 73-440 . Nov I972.